

# GESTAÇÃO ECTÓPICA: DIAGNÓSTICO E MANEJO

Thainá Marina Furlanetti  
Mariane Amado de Paula  
João Alfredo Piffero Steibel

## UNITERMOS

GRAVIDEZ ECTÓPICA /manifestações clínicas; GRAVIDEZ ECTÓPICA /diagnóstico; GRAVIDEZ ECTÓPICA /manejo.

## KEYWORDS

*ECTOPIC PREGNANCY/clinical manifestations; ECTOPIC PREGNANCY/diagnosis, ECTOPIC PREGNANCY/management.*

## SUMÁRIO

Neste artigo, os autores fazem uma revisão bibliográfica sobre gestação ectópica, abordando suas manifestações clínicas, diagnóstico e manejo específico.

## SUMMARY

*In this paper, the authors review ectopic pregnancy, presenting their specific clinical manifestations, diagnosis and management.*

## INTRODUÇÃO

Gestação ectópica (GE) é, por conceito, quando a implantação e o desenvolvimento do blastocisto se dá fora da cavidade endometrial, podendo ocorrer na cavidade abdominal, nas trompas, nos ovários e no colo uterino.<sup>3</sup> A localização mais comum é a tuba uterina (95%), seguido dos ovários (3%), intersticial/cervical (2%) e abdominal (1%). Na prenhez tubária, o ovo fertilizado pode se desenvolver em qualquer local da tuba, como região ampular (80%), ístmica (10%) e intersticial (1-2%).<sup>1</sup> Aqui será abordado apenas sobre a localização mais comum, a prenhez tubária.

As complicações da gestação não tópica, como hemorragia, representam a principal causa de mortalidade materna no primeiro trimestre de gestação. A sua incidência tem aumentado ao longo das duas últimas décadas, atingindo cerca de 6% a 16% das gestações.<sup>3</sup>

O aumento da incidência desta patologia está diretamente relacionado ao aumento dos casos de doença inflamatória pélvica, por clamídia ou gonococco.<sup>2</sup> Outros fatores associados são a promiscuidade sexual, infertilidade, patologia/cirurgia tubária, fertilização *in vitro*, entre outros. Os principais fatores de risco estão listados na Tabela 1.

**Tabela 1 - Principais fatores de risco para gestação ectópica<sup>3</sup>**

Gestação ectópica prévia	Infertilidade
Cirurgia tubária prévia	DIP
Patologia tubária	Múltiplos parceiros sexuais
DIU	Tabagismo
Ducha vaginal	Iniciação sexual precoce (<18 anos)
Fertilização <i>in vitro</i>	

### **MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS**

As manifestações clínicas típicas geralmente aparecem entre a sexta e oitava semana após o período da última menstruação normal, mas pode ocorrer mais tardiamente, principalmente na prenhez ectópica não tubária. Desconfortos da gravidez normal, como sensibilidade mamária, polaciúria, náuseas, podem ocorrer concomitantemente.<sup>3,5</sup>

A tríade sintomática típica inclui: sangramento vaginal e dor abdominal após período de amenorreia, quadro este confundível com abortamento espontâneo.

Deve-se suspeitar de prenhez ectópica em qualquer mulher em idade reprodutiva com esses sintomas, especialmente naquelas que tem algum fator de risco. O exame físico poderá revelar dor, defesa e/ou dor à descompressão a palpação abdominal e dor a mobilização uterina e de anexos, assim como massa anexial ao toque vaginal.

Embora o exame físico seja de extrema valia, este, em pacientes com gestações ectópicas iniciais e não rotas, pode ser normal e a gestação extrauterina ser descoberta apenas como um achado casual à ecografia.

Na presença de sinais de choque suspeita-se de ruptura tubária, podendo resultar em hemorragia intra-abdominal severa, a qual limita as opções de tratamento e aumentam a morbimortalidade materna.

### **DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico da gestação ectópica é baseado na história clínica, dosagem da betagonadotrofina coriônica humana ( $\beta$ -HCG) e achados da ultrassonografia transvaginal.<sup>4</sup> Esta combinação permite o diagnóstico precoce desta patologia, permitindo assim, opções terapêuticas menos invasivas e radicais.

A Ultrassonografia transvaginal (USTV) é o teste mais útil para determinar a localização da gestação. A visualização ecográfica extrauterina de saco gestacional com vesícula vitelínica ou embrião é diagnóstica de gestação ectópica, todavia esses achados estão presentes na minoria dos casos.

Se o estudo de imagem não é diagnóstico, pode ser porque a gestação é ainda muito inicial para ser visualizada. Caso isso ocorra, é necessário realizar dosagem seriadas de  $\beta$ -HCG, até que atinja o limite discriminatório. O conceito de limite discriminatório do  $\beta$ -hCG, nível pelo qual o saco gestacional intra-uterino é normalmente identificado na gravidez normal, situa-se em 1.500 mUI/ml. A ausência de saco gestacional intra-uterino juntamente com título de  $\beta$ -hCG maior que 1.500 mUI/ml são altamente sugestivo de gestação ectópica.<sup>1</sup>

Já o diagnóstico cirúrgico, através da laparoscopia ou laparotomia, fica particularmente reservado a pacientes com sintomatologia suspeita, mas com exame ultrassonográfico inconclusivo.

**Tabela 2 - Diagnóstico Diferencial:**

Doença inflamatória pélvica
Apendicite
Torção de cisto ovariano
Cisto hemorrágico
Abortamento
Patologia do trato urinário
Diverticulite
Ovulação

## MANEJO

A grande maioria das pacientes com diagnóstico de gestação ectópica será submetida ao tratamento clínico ou cirúrgico devido a elevada taxa de ocorrência de ruptura e complicações.

O manejo expectante, atualmente, fica restrito a um pequeno grupo de pacientes estáveis hemodinamicamente, com massa anexial menor do que 3,5 cm e níveis de  $\beta$ -HCG menores do que 5.000 mUI/ml. Vale lembrar que boa parte das gestações ectópicas tem resolução espontânea, o chamado aborto tubário, e devemos fazer o acompanhamento pelos níveis decrescentes do  $\beta$ -HCG, em pacientes estáveis.<sup>5</sup>

O tratamento cirúrgico é realizado por videolaparoscopia ou laparotomia, de forma conservadora (salpingostomia) ou radical (salpingectomia).<sup>1</sup>

As indicações para terapia cirúrgica incluem:

- Instabilidade hemodinamicamente;
- Gestação ectópica rota ou ruptura iminente;
- Contraindicações ao uso de Metotrexate;
- Gestação intraútero coexistente;

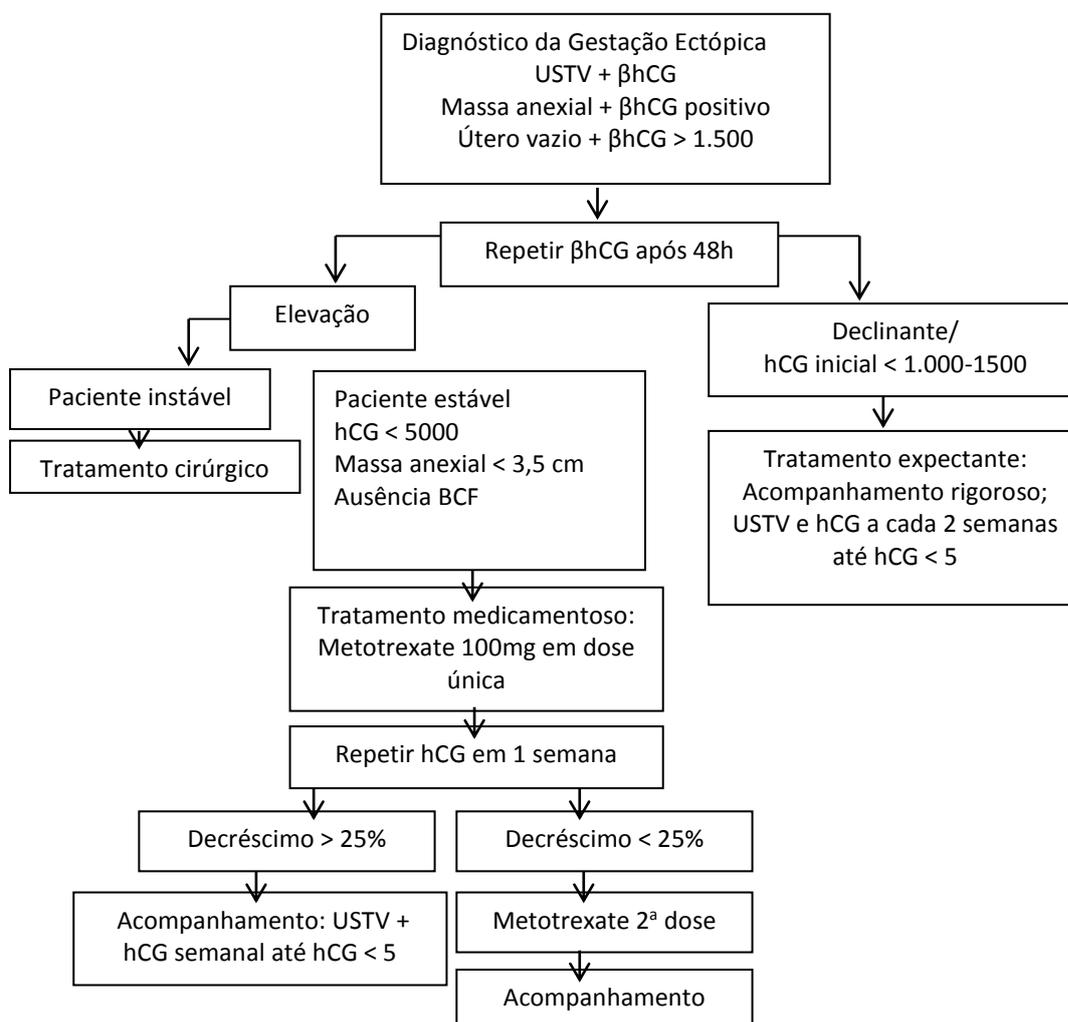
- Falha da terapia medicamentosa.

Na ausência desses critérios, deve-se optar por terapia medicamentosa. Além desses, candidatas à terapia farmacológica devem apresentar níveis de  $\beta$ -HCG menores do que 5.000 mUI/ml, massa anexial menor do que 3,5 cm e ausência de batimentos cardíacos-fetais (no caso de identificação do embrião).

O tratamento farmacológico de escolha é o Metotrexate, administrado na dose de 100mg em dose única intra muscular, podendo repetir a dosagem em sete dias em casos selecionados. O acompanhamento dessas pacientes é efetivado com dosagens seriadas de  $\beta$ -HCG semanais. A ecografia não é indicada para o seguimento dessas pacientes, estando indicada apenas quando há suspeita de ruptura tubária. A confirmação da eficácia terapêutica é feita ao atingir valores de  $\beta$ -HCG inferiores a 5 mUI/ml.

Durante o período de tratamento, não deve ser permitida a relação sexual nem o exame pélvico. Devido à teratogenicidade do Metotrexate está contraindicada uma nova gestação nos três meses subsequentes.

#### FLUXOGRAMA 1: DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA GESTAÇÃO ECTÓPICA<sup>1</sup>



## CONCLUSÃO

A incidência da gestação ectópica tem aumentado na nossa população nas últimas décadas devido a vários fatores. Contudo, um exame médico detalhado, dosagem da subunidade beta da gonadotrofina coriônica e maior precisão da ecografia transvaginal auxiliam a eficácia e precocidade do diagnóstico, proporcionando conduta mais adequada, reduzindo suas complicações e o uso de métodos mais invasivos.

## REFERÊNCIAS

1. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Obstetrícia Fundamental. 11ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
2. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL. Rotinas em Obstetrícia. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
3. Tulandi T. incidence, risk factors, and pathology of ectopic pregnancy. Up To Data (serial online), Jan 2009. Available from: URL: <http://www.uptodate.com/contents/incidence-risk-factors-and-pathology-of-ectopic-pregnancy>.
4. Tulandi T. Clinical manifestations, diagnosis, and management of ectopic pregnancy. Up to Date, Jan 2009.
5. Acauan Filho BJ, Cunha Filho EV, Steibel G, Steibel JAP, Paula LG, Medaglia Filho PV. Obstetrícia de Plantão. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2012. "em processo de edição";