

# GESTAÇÃO ECTÓPICA

CAMPELO, Gabriela Queiroz<sup>1</sup>; DE SOUSA, Isabela Alves Saraiva<sup>2</sup>;

FERREIRA, Ingridy Maria Oliveira<sup>1</sup>; SAGGIORO, Vivian Miranda<sup>1</sup>;

DE MATOS, Maria Luiza Silva<sup>3</sup>; BOQUADY, Maressa Pacheco dos Santos<sup>1</sup>.

**Orientador:** Dr. Nicolas Thiago Nunes Cayres de Souza.

**Filiações:** 1- UniCEUB – Centro Universitário de Brasília.

2- UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro.

3- ESCS – Escola Superior de Ciências da Saúde.

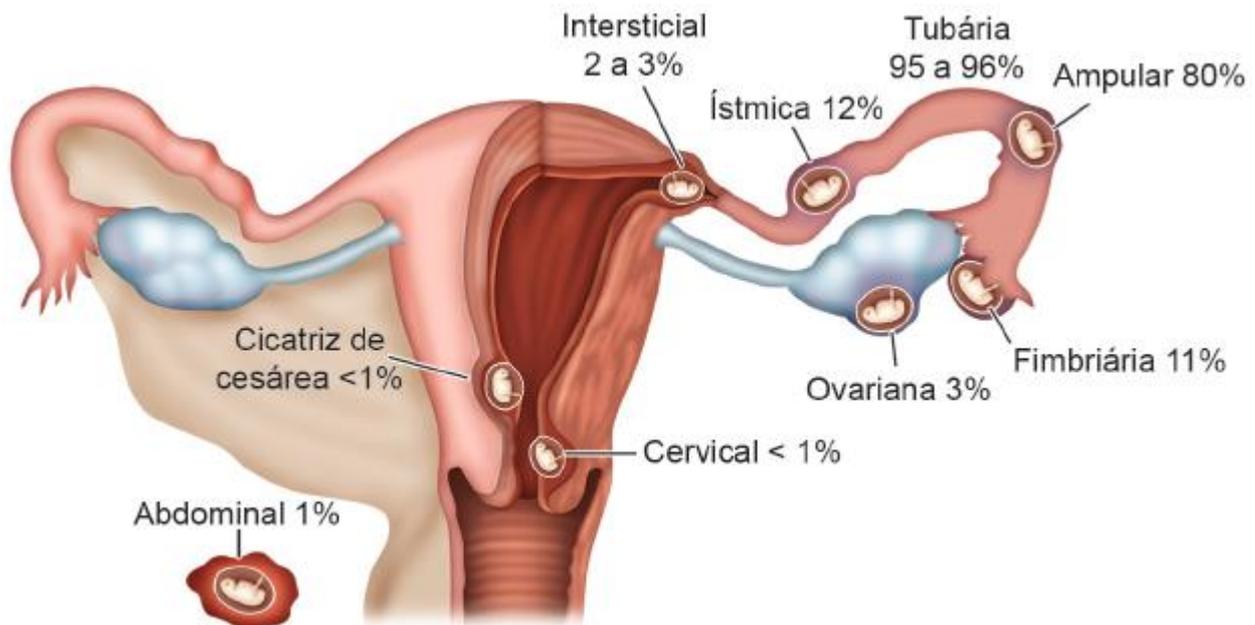
**Palavras-chave:** Gravidez; Complicações na gravidez; Gravidez ectópica.

## INTRODUÇÃO

A gestação ectópica é caracterizada pela implantação e pelo desenvolvimento do embrião fora da cavidade uterina, contexto em que as tubas são a localização mais recorrente, representando 95% a 96% dos casos; seguido por

outros sítios, como ovários (3%), cérvix (<1%), cicatriz de cesárea (<1%) e abdome (1%) (REZENDE FILHO & MONTENEGRO, 2017).

**Figura 7.1** Principais regiões de implantação.



**Fonte:** REZENDE FILHO & MONTENEGRO (2017).

O diagnóstico precoce desta condição é de suma importância, visto que a hemorragia causada por uma ruptura tubária, em consequência

da gestação ectópica, é a maior causa de morte materna durante o primeiro trimestre de gestação, representando de 6% a 13% dos casos.

Ademais, após o primeiro episódio, há uma recorrência de 15%, e, a partir do segundo ou mais episódios subsequentes, a taxa aumenta para pelo menos 25% (ELITO JÚNIOR, 2018).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de gravidez ectópica são: gestação ectópica prévia, cirurgia tubária prévia, infertilidade, endometriose, utilização de DIU, anticoncepção de emergência, tabagismo e, principalmente, doença inflamatória pélvica (DIP) causada por clamídia ou gonococo (FREITAS *et al.*, 2006; ELITO JÚNIOR, 2018).

## QUADRO CLÍNICO

A paciente pode apresentar tanto um quadro clínico subagudo - pré rotura tubária -, quanto um quadro agudo - pós rotura tubária.

Os sinais e sintomas do quadro subagudo costumam aparecer entre a 6<sup>a</sup> e a 8<sup>a</sup> semana de gestação, a depender do local da implantação do conceito, e são similares aos de hemorragia do 1<sup>o</sup> trimestre, envolvendo a tríade: atraso menstrual, sangramento genital e dor abdominal ou hipogástrica (REZENDE FILHO & MONTENEGRO, 2017). Ao exame físico, não se observam sinais de instabilidade hemodinâmica e, à palpação abdominal, não há sinais de irritação peritoneal. Por fim, ao exame ginecológico, há queixa de dor em regiões anexiais (SES-DF, 2023).

Em contrapartida, a forma aguda cursa com sintomas de choque hipovolêmico, graças à hemorragia intraperitoneal intensa após a rotura da tuba. Sendo assim, além da queixa principal de dor intensa em fossa ilíaca ou hipogástrico,

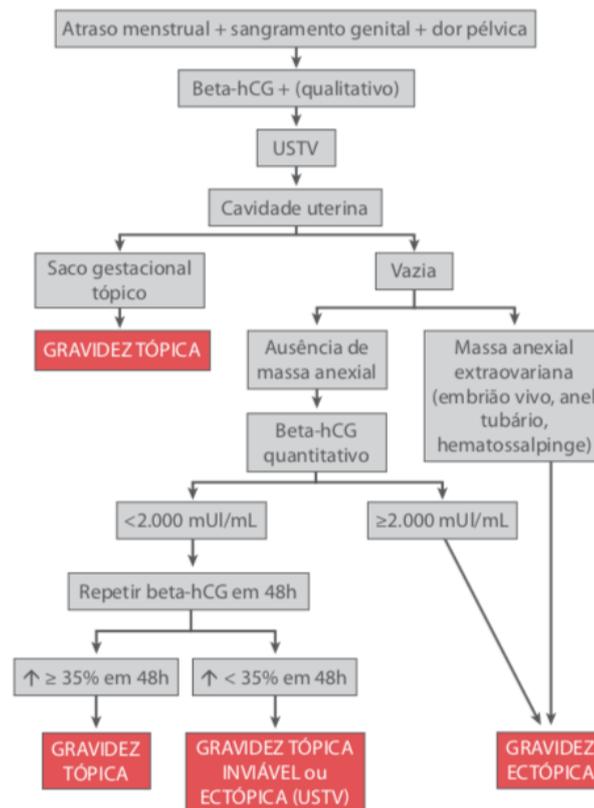
observam-se, ao exame físico, palidez cutânea, taquicardia e hipotensão; a ausculta e a palpação abdominal apresentam-se, respectivamente, com ruídos hidroaéreos reduzidos e sinal de Blumberg positivo (dor à descompressão brusca em fossa ilíaca). O exame ginecológico se faz importante para localizar a origem do sangramento relatado, além de evidenciar o acúmulo de sangue no fundo de saco posterior, o qual gera dor intensa à mobilização do colo uterino (sinal de Proust) (REZENDE FILHO & MONTENEGRO, 2017; ELITO JÚNIOR, 2018; SES-DF, 2023).

## DIAGNÓSTICO

Como se pode observar, muitas vezes o exame físico não é elucidativo. Dessa forma, a confirmação do diagnóstico deve ser realizada por uma dosagem de beta-hCG, inicialmente o qualitativo, para atestar a gestação, e por uma ultrassonografia transvaginal, para visualizar o saco gestacional na cavidade uterina e a presença de massa anexial (ELITO JÚNIOR, 2018).

Uma vez não localizada a massa anexial ou o saco gestacional tópico, é necessária a dosagem quantitativa do beta-hCG. O valor discriminatório pode variar entre 1.500 a 2.000 mUI/ml, sendo que valores maiores que esses evidenciam uma gestação intrauterina. Já os resultados abaixo do valor discriminatório devem ser repetidos em 48 horas, considerando que o beta-hCG tende a aumentar em 35% durante esse período (ELITO JÚNIOR, 2018).

**Figura 7.2** Fluxograma: Relação beta-hCG e ultrassonografia.



Fonte: ELITO JÚNIOR (2018).

O Quadro 7.1, a seguir apresenta outros diagnósticos prováveis em caso de exclusão da gestação pelos exames laboratoriais:

**Quadro 7.1** Principais diagnósticos diferenciais.

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

Fonte: Adaptado pelos autores de FURLANETTI *et al.* (2012).

## TRATAMENTO

A conduta é definida primeiramente considerando-se a estabilidade hemodinâmica da paciente, e a escolha terapêutica pode ser expectante, medicamentosa ou cirúrgica.

A adoção do tratamento expectante ainda não é bem estabelecida, mas, para ser considerado, são indicados estabilidade hemodinâmica, dosagem inicial de beta-hCG < 2.000 mUI/ml e ausência de sinais de irritação peritoneal. Ademais, é necessário manter acesso constante ao serviço de saúde, para manter o controle do hormônio a cada 48 a 72 horas (ELITO JÚNIOR, 2018).

Já o tratamento medicamentoso consiste no uso do metotrexato, um antagonista do ácido fólico que atua nas células trofoblásticas de divisão rápida, impedindo sua proliferação. Para a instituição dessa estratégia, é imprescindível que a paciente preencha todos os critérios listados abaixo e, ainda, realize exames laboratoriais antes do uso do fármaco, dos quais vale citar: hemograma, transaminase glutâmico-oxalacética (TGO), transaminase glutâmico-pirúvica (TGP), creatinina e fator ABO-Rh (SES-DF, 2023).

**Quadro 7.2:** Critérios para uso de metotrexate

Estabilidade hemodinâmica	Massa anexial < 3,5cm
Embrião sem atividade cardíaca	Beta-hCG inicial < 5.000
Ausência de dor abdominal	Ausência de contraindicação ao MTX (hemograma, função renal e enzimas hepáticas normais)

**Fonte:** Adaptado pelos autores de ELITO JÚNIOR (2018).

Caso os critérios sejam preenchidos, existem três tipos de esquemas posológicos que podem ser adotados na terapia medicamentosa. O primeiro é o mais utilizado e preconiza uma dose única de 50 mg/m<sup>2</sup> IM de metotrexato, em que se deve dosar o beta-hCG no 4º e no 7º dia após o uso da medicação. Nesse período, espera-se obter uma queda de, ao menos, 15% no nível hormonal e mantém-se uma avaliação semanal, até negativar. Se a queda for menor que 15%, ministra-se uma nova dose do fármaco e permanece-se o protocolo de dosagens. Caso não haja eficácia, indica-se manejo cirúrgico (ELITO JÚNIOR, 2018).

O protocolo de duas doses é a segunda opção de tratamento, e consiste em aplicar o medicamento no 1º e no 4º dias, sendo mais indicado quando a dosagem inicial do beta-hCG esteja entre 3.600 e 5.000 (ELITO JÚNIOR, 2018).

Por fim, pode-se optar pela alternativa de múltiplas doses (1 mg/kg de metotrexato, alternando com a 0,1 mg/kg de leucovorin) da seguinte maneira: nos dias 1, 3, 5 e 7, é aplicado o metotrexato e dosado o beta-hCG. Já nos dias 2, 4 e 6, administra-se o leucovorin. Se houver uma queda menor que 15% no nível hormonal, indica-se manejo cirúrgico.

Esse protocolo é mais indicado quando a dosagem do beta-hCG inicial é maior que 5.000 ou quando a gestação se apresenta em localização atípica, como intersticial, cervical ou cicatriz de cesárea (ELITO JÚNIOR, 2018).

Durante o tratamento, o paciente precisa ser orientado a evitar relações sexuais até a negativação do beta-hCG, exposição solar - por risco de dermatite, uso de bebida alcoólica, utilização de aspirina, ingestão de alimentos/vitaminas com ácido fólico em sua composição, além de uma nova concepção até o desaparecimento da gestação ectópica na ultrassonografia transvaginal e por 3 meses após o uso do medicamento (ELITO JÚNIOR, 2018).

Não preenchendo os critérios da conduta farmacológica, opta-se pelo manejo cirúrgico. A salpingectomia por laparotomia é reservada para os casos de rotura tubária com instabilidade hemodinâmica, enquanto a laparoscopia é indicada para a paciente estável. Por fim, a salpingostomia pode ser optada primeiramente para pacientes que têm desejo de preservar a fertilidade e que possuem a outra trompa já afetada e massa anexial de pequenas dimensões (REZENDE FILHO & MONTENEGRO, 2017).

## REFERÊNCIAS

ELITO JÚNIOR, Julio. Gravidez ectópica - Protocolos FEBRASGO: Obstetrícia, nº 22. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Disponível em: <<https://sogirgs.org.br/area-do-associado/gravidez-ectopica.pdf>>.

FREITAS, Fernando; MARTINS-COSTA, Sérgio H.; RAMOS, J. G. L.; MAGALHÃES, J. A. Rotinas em Obstetrícia. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

FURLANETTI, Thainá Marina; PAULA, MA de; STEIBEL, João Alfredo Piffero. Gestação ectópica: diagnóstico e manejo. Acta méd.(Porto Alegre), p. 5-5, 2012. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882358/gestacao-ectopica-diagnostico-e-manejo.pdf>>.

REZENDE FILHO, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos Antonio B. Rezende Obstetrícia Fundamental, 14ª edição. Grupo GEN, 2017. E-book. ISBN 9788527732802. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527732802/>>. Acesso em: 05 mar. 2024.

SES-DF, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE GESTAÇÃO ECTÓPICA. Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF -CPPAS Página 1. Portaria SES-DF Nº 488 de 14 de dezembro de 2023. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Protocolo+de+Gesta%C3%A7%C3%A3o+Ect%C3%B3pica+%281%29.pdf/8dab2d17-0459-01cd-bfbc-c030190d5508?t=1703069268238>>.