



# GRAVIDEZ ECTÓPICA

curso • **Obstetrícia**

## • DEFINIÇÕES

A gestação ectópica é aquela na qual ocorre implantação do blastocisto fora da superfície endometrial da cavidade uterina. É um evento raro, acontecendo em cerca de 1-2% de todas as gestações, mas que tem implicações importantes para a gestante, representando a maior causa de morte materna no primeiro trimestre nos Estados Unidos. Os locais de implantação anômala mais frequentes são trompas, ovários, peritônio, cérvix e ligamento largo (outros locais da cavidade abdominal podem ocorrer porém muito raramente).

O fenômeno da nidação (implantação do blastocisto) ocorre por volta do 7º- 8º dia após a fecundação e depende de um livre trânsito do blastocisto pelas trompas até atingir o endométrio. Nesse trajeto, qualquer fator que altere a mobilidade do ovo, ou a capacidade de implantação ou ainda a permeabilidade das tubas uterinas, representa um fator de risco para a implantação ectópica. Uma prenhez ectópica primária é aquela em que a nidação ocorre e a gestação prossegue no mesmo sítio, enquanto a secundária é a que houve nidação em determinado sítio, com posterior desprendimento do ovo e desenvolvimento em outro sítio.

## • FATORES DE RISCO

- 1) Cirurgia prévia nas trompas (salpingoplastia, ou laqueadura tubária).
- 2) Gestação ectópica prévia (especialmente no caso de tratamento anterior conservador)
- 3) Cirurgia abdominal ou pélvica anterior
- 4) Reprodução assistida
- 5) Infertilidade
- 6) Endometriose
- 7) Doença inflamatória pélvica prévia



8) Idade maior que 35 anos

9) Tabagismo

10) Uso de DIU - no caso de falha do método, evento raro, há maior chance de gestação ectópica (válido para DIU de cobre e DIU hormonal).

11) Alterações anatômicas nas trompas

12) Uso frequente de duchas vaginais

## • PREENHEZ TUBÁRIA

Na maior parte das gestações ectópicas ocorre implantação na tuba uterina. A tuba é dividida em interstício (parte uterina), istmo, ampola, infundíbulo e fímbrias (mais próximo ao ovário). O local mais frequente de implantação é a região ampular, seguida do istmo. A partir da implantação ocorre o desenvolvimento embrionário inicial de forma semelhante a uma gravidez tópica.

### Gravidez tubária interrompida

#### 1) Manifestações clínicas

Surgem tipicamente entre 6 e 8 semanas após o último período menstrual normal.

##### 1.1. Sintomas iniciais da gestação

**Atraso menstrual:** Atentar para possibilidade de confusão entre o sangramento vaginal decorrente da própria gestação tubária e um ciclo menstrual normal.

**Quadro agudo:** O quadro agudo na realidade acontece quando ocorre ruptura tubária. Isso ocorre em cerca de 30 % dos casos, sendo mais comum com a implantação ístmica. São queixas e achados ao exame físico:

##### 1.2. Instabilidade hemodinâmica e sinais de choque hipovolêmico

Sangramento intraperitoneal abundante.



**1.3. Dor abdominal** intensa localizada na fossa ilíaca afetada (ou em hipogastro): apresenta dor à palpação abdominal, e em 20% dos casos pode ser palpada **massa abdominal** no território acometido. Pode ou não haver irritação peritoneal ( **sinal de Blumberg** pode estar positivo). A dor pode irradiar para os ombros devido a irritação do nervo frênico (**Sinal de Laffon**). Pode ser observado o **sinal de Cullen** (equimose periumbilical)

#### 1.4. Sangramento vaginal

É decorrente da interrupção da manutenção do endométrio, por queda hormonal após a ruptura. Tipicamente em **pouca quantidade e escurecido**, não justificando a alteração hemodinâmica. Ao exame ginecológico percebe-se **dor à mobilização do colo**, abaulamento e dor a palpação do fundo de saco de Douglas (acúmulo de sangue intra abdominal- **sinal de Proust**)

#### 1.5. Quadro subagudo

Demais casos (cerca de 70%) não apresentam ruptura tubária. Na maioria destes, a implantação ocorreu na porção ampular. O que ocorre é a separação parcial entre o trofoblasto e a placenta conforme ocorre distensão da trompa (abortamento tubário). Essa separação leva a perda sanguínea para a cavidade abdominal, em geral, persistente já que a separação entre as estruturas é incompleta e o trofoblasto permanece aderido à camada muscular da trompa. Assim gera **desconforto abdominal persistente, inespecífica e de evolução insidiosa**. Geralmente também cursa com **sangramento vaginal em pequena quantidade e escurecido, e dor a mobilização do colo**.

## 2) Diagnóstico

Exame clínico + história e em exames complementares definem o diagnóstico.

### 2.1. Dosagem e beta-hCG (quantitativa e qualitativa)

Se presta a confirmar o diagnóstico de gestação, sendo valores maiores de 1000 mUI/ml seguros para confirmá-la em 95% dos casos. O aumento mínimo do  $\beta$ -hCG para gestações viáveis é de 53% a cada dois dias (dobra a cada 48h) e a reduções do  $\beta$ -hCG em 21-35% caracterizam aborto espontâneo. Valores



que não se encaixam nessas situações cursando com aumento mais lento, sugerem gestação ectópica e nesses casos deve ser solicitado novo exame de imagem. Espera-se que a partir de de 1500 mUI/ml haja visualização de saco gestacional na USG transvaginal, portanto mediante a suspeita clínica e a elevação do hCG, a USG deve ser solicitada em sequência.

## 2.2. Ultrassonografia transvaginal (USG)

Mediante valores positivos de beta-hCG e, principalmente, dosagens quantitativas maiores que 1500 mUI/ml, deve ser solicitada a USG transvaginal esperando ser encontrado saco gestacional (formado com 4 semanas) intrauterina, caso contrário considera-se a gestação ectópica. Espera-se presença de batimento cardíaco fetal a partir de 6-7 semanas na USG. Em relação a gestação tubária, pode ser ainda confirmada pela presença de massa anexial complexa, e na presença de gestação rota pode ser encontrado líquido livre peritoneal.

\*A abordagem combinada de dosagem de  $\beta$ -hCG sérico e USTV detecta GE com uma sensibilidade de 97% e especificidade de 95%

## 2.3. Outros exames possíveis:

A. Dopplerfluxometria: Observa-se aumento do fluxo da artéria tubária pela implantação do trofoblasto na tuba uterina; fluxo trofoblástico periférico ao saco gestacional; neoformação vascular em possível tumoração anexial.

B. Culdocentese: consiste em aspirar o líquido acumulado em fundo de saco de Douglas, observando saída de líquido sanguinolento não coagulado. É um sinal de hemoperitônio e não específico para gestação ectópica. A realização está indicada somente quando não há outros recursos diagnósticos.

C. Dosagem de progesterona: Recurso a ser utilizado quando não há disponibilidade de demais exames complementares. Espera-se valores maiores de 25 ng/ml em gestações tópicas e valores menores que 10 ng/ml estão relacionados a abortamentos ou gestações ectópicas.

## 2.4. Diagnósticos diferenciais

É uma causa de sangramento da primeira metade da gestação.



- A. Ameaça abortamento
- B. Rotura de cisto folicular
- C. Rotua de corpo lúteo
- D. Torção de ovário
- E. Endometriose
- F. Miomatose (torção de mioma subseroso)
- G. Doença Inflamatória Pélvica
- H. Salpingites
- I. Outros abdome agudos - apendicite, diverticulite, etc.

### **3) Tratamento**

Varia se houver rotura ou integridade da tuba.

#### **3.1. Avaliação materna**

Sinais vitais, hemograma, com reposição volêmica e tratamento do choque hipovolêmico, se necessário

#### **3.2. Gravidez tubária rota**

A ruptura da trompa a torna inviável, estando sempre indicado a salpingectomia. A abordagem cirúrgica será diferente mediante a condição clínica da paciente, ou seja, na presença de instabilidade hemodinâmica o tratamento é via laparotomia (pode ser laparoscópico a depender da disponibilidade deste método no serviço). Nas pacientes que se encontrem estáveis hemodinamicamente, a melhor abordagem é por via laparoscópica.



### 3.3. Gravidez tubária íntegra

Pode ser realizado o tratamento cirúrgico, medicamentoso, e até expectante, a depender das condições maternas, do desejo de nova gestação, e do tamanho da massa anexial. Cabe ressaltar que os índices de novas gestações tópicas e manutenção da permeabilidade tubária são similares entre os métodos terapêuticos.

### 3.4. Tratamento cirúrgico

Pode ser proposto a salpingectomia ou salpingostomia linear, preferencialmente por via laparoscópica. A salpingectomia está preferencialmente indicada nas pacientes que já tiveram filhos, com lesão tubária irreparável, recidiva de gravidez ectópica na mesma tuba ou ainda quando os títulos da  $\beta$ -hCG são muito elevados (há maior chance de haver a invasão do trofoblasto na serosa da tuba, comprometendo a preservação). Já a decisão da manutenção da trompa deve ser ponderada quando não houver ruptura da trompa e houver desejo de nova gestação, devendo ser escolhida a salpingostomia, nesse caso. As desvantagens desse procedimento são: risco de persistência de tecido trofoblástico, devendo ser acompanhado o declínio de beta-hCG no pós-operatório; risco de recidiva de gravidez ectópica - 15% de chance;

### 3.5. Tratamento medicamentoso

É feito com metotrexato, podendo ser realizado de três formas:

**A.** Injeção direta no saco gestacional, o que é associada a maior morbidade por necessitar de laparoscopia ou punção guiada por USG, mas gera menos efeitos colaterais para a mulher.

**B.** Intramuscular dose única 50 mg/m<sup>2</sup> : apresenta menos efeitos colaterais, porém menor taxa de insucesso terapêutico. Deve ser realizado novo beta-hCG no quarto e sétimo dias após a injeção e espera-se uma queda de no mínimo 15% para considerar sucesso terapêutico. Caso a não seja atingida essa meta deve ser administrado nova dose, podendo ser realizado uma terceira vez caso ainda não seja observada a redução almejada. Em caso de falha, deve ser considerado outro método complementar. A partir da redução do hCG deve ser



dosado semanalmente até ser observada a negativação.

C. Intramuscular em dias alternados 1mg/kg no primeiro, terceiro e quinto dias: Deve ser associado ácido fólico 0,1 mg/kg no segundo, quarto e sexto dias. É o método que confere mais efeitos colaterais, mas em contrapartida apresenta a maior taxa de sucesso. Deve ser dosado o beta-hCG diariamente até redução de no mínimo 15% em duas dosagens diárias consecutivas. O esquema pode ser repetido por até 4x com intervalos de 7 dias. Após a redução do hCG, este deve ser dosado semanalmente até ser observada a negativação.

### **Indicações**

Saco gestacional menor ou igual a 3,5 cm, dosagem de beta-hCG menor que 5000 mUI/ml em ascensão, ausência de BCF, estabilidade hemodinâmica, ausência de dor abdominal intensa ou persistente, função hepática e renal normais e desejo de gravidez futura.

### **Contra-indicações**

Imunodeficiência, anemia moderada para intensa, leucopenia (leucócitos  $<2.000$  cel/mm<sup>3</sup>) ou trombocitopenia (plaquetas  $<100.000$ ); sensibilidade prévia ao metotrexate, doença pulmonar, úlcera péptica, disfunção importante hepática e renal, amamentação, alcoolismo ou indicação de conduta expectante.

### **Efeitos colaterais e cuidados**

Dor abdominal, náusea, vômitos, diarreia, estomatite, elevação das transaminases, hepatotoxicidade, supressão medular, nefrotoxicidade, neurotoxicidade, dermatite, alopecia. Deve ser solicitado hemograma, coagulograma e função hepática e renal para acompanhamento durante a terapia.

### **3.6. Tratamento expectante**

Deve ser reservada para as pacientes que apresentam estabilidade hemodinâmica, USG com ausência de embrião vivo e diâmetro da massa anexial inferior a 5,0cm, declínio dos títulos de  $\beta$ -hCG no intervalo de 24 a 48 horas sem tratamento (principal critério pois demonstra que a gestação está em involução). O nível inicial de  $\beta$ -hCG varia com a literatura.





## • OUTROS LOCAIS DE IMPLANTAÇÃO ECTÓPICA

### 1) Ovariana

0,5-3% das gestações ectópicas são ovarianas. O sintoma mais comum é a dor pélvica. Frequentemente ocorre rotura ovariana. Os critérios de Spiegelberg para diagnóstico devem estar presentes: trompa intacta do lado acometido + saco gestacional na topografia do ovário + tecido ovariano na parede do saco gestacional + útero deve estar conectado à gravidez pelo ligamento ovariano. Caso íntegro, deve ser realizada a terapia medicamentosa e se rotura e/ou alteração hemodinâmica pode ser necessária a ooforectomia.

### 2) Angular ou Cornual ou Intersticial

2-3% das gestações ectópicas. Há implantação em um dos cornos uterinos e devido a elasticidade desse local, geralmente o diagnóstico é mais tardio, estando por isso associada a maiores riscos para sangramentos e rotura uterina. Manejo é similar ao da gestação tubária.

### 3) Cervical

A nidação ocorre no canal cervical, ocorrendo em cerca de 0,5% dos casos. Geralmente, quando há crescimento embrionário, há sangramento vaginal indolor, e ao exame observa-se colo alargado ou distendido, com coloração hiperemiada ou cianótica. São critérios diagnósticos: presença de glândulas cervicais no lado materno da placenta; placenta ligada à cérvix; placenta localizada abaixo dos vasos uterinos ou da reflexão peritoneal; ausência de elementos fetais no corpo uterino. Tratamento deve ser feito com metotrexato e em casos de sangramento abundante ou fracasso medicamentoso indica-se a histerectomia.

### 4) Abdominal

Ocorre em cerca de 1,4% dos casos. Pode ser uma gestação ectópica primária ou secundária (geralmente nesse último caso há implantação inicial na trompa com posterior abortamento para cavidade abdominal e reimplantação). Pode evoluir até o termo, porém devido às más condições de irrigação, geralmente cerca de 50% dos fetos morrem. Há riscos associados a hemorragias, infecções e obstrução intestinal / urinária, com elevados índices de mortalidade materna e



malformações fetais. O diagnóstico deve ser suspeitado com queixas de dor a movimentação fetal, dificuldades para delimitar o contorno uterino, altura uterina menor para a idade gestacional e apresentações anômalas persistentes. É confirmado por meio da ultrassonografia, principalmente. Para tratamento, se gestação inicial, está indicado realizar tratamento medicamentoso, enquanto para gestações mais avançadas, está indicada a laparotomia, devendo ser dividida em dois tempos, o primeiro para retirada do feto e o segundo para retirada da placenta. Esta deve ser retirada em segundo tempo cirúrgico, após uso de metotrexate para envolver a placenta devido ao risco de hemorragia na manipulação dessa. Na presença de estabilidade hemodinâmica, feto vivo, gestação avançada (>26 semanas), sem malformações evidentes, sem sofrimento fetal, placenta em abdome inferior e saco amniótico íntegro, pode ser indicado o tratamento conservador, devendo ser realizado aceleração da maturidade pulmonar fetal e interrupção precoce da gestação.

