

GRAVIDEZ ECTÓPICA

Data de aceite: 02/07/2023

Beatriz Metedeiro Nunes Câmara

**Maria Laura Vasconcelos Moreira Lopes
de Goes**

Dra. Eliane de Albuquerque Moura
Ginecologista

INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica é uma condição médica grave e potencialmente fatal que ocorre quando um óvulo fertilizado se implanta e cresce fora da cavidade uterina, mais comumente nas trompas de Falópio. Quando não é devidamente diagnosticada, é considerada uma emergência obstétrica ginecológica grave pela possibilidade de ruptura tubária e sangramento intraperitoneal (Al Naim et al, 2021).

Além disso, esta condição representa cerca de 1-2% de todas as gestações e é uma causa significativa de morbidade e mortalidade durante o primeiro trimestre (Begum et al., 2015; Barnhart et al., 2011). Nesse sentido, a hemorragia que resulta da gravidez ectópica é a

principal causa de morte materna no primeiro trimestre, representando 10% dessas mortes (NICE, 2019).

A gestação pode ocorrer em locais como o ovário, na área intramiometrial das trompas, no corno do útero, no colo uterino, na cicatriz de uma cesárea anterior, de forma intramural ou até mesmo na cavidade abdominal (Tratado de Obstetria FEBRASGO, 2019).

Fatores de risco abrangem infecções pélvicas prévias, fumo, cirurgias nas trompas, casos anteriores de gravidez ectópica e problemas de fertilidade. É importante suspeitar de gravidez ectópica em pacientes com dor ou sangramento no início da gestação. O diagnóstico pode ser confirmado por ultrassom e níveis de gonadotrofina coriônica humana, mas muitas vezes se baseia na combinação de sintomas. Existem casos onde a localização da gravidez não é imediatamente identificável; nestes casos, exames adicionais são necessários para um diagnóstico preciso. O tratamento pode ser medicamentoso com metotrexato,

obedecendo os critérios de exclusão, cirúrgico, quando do abortamento ou rotura tubária, resultando em abdômen agudo e intervenção imediata, ou, em situações específicas, expectante, sem medicação, quando o feto está morto e o β -hCG está em involução (Hendriks et al, 2020).

DEFINIÇÃO

A gravidez ectópica é definida pela implantação do blastocisto em qualquer local fora do endométrio uterino. As localizações mais frequentes são tubárias, mas podem também ocorrer em locais como ovário, abdômen e colo do útero (Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019).

FISIOPATOLOGIA E ETIOLOGIA

A fisiopatologia da gravidez ectópica envolve vários mecanismos que levam à implantação do embrião fora da cavidade uterina. Normalmente, após a fertilização, o óvulo fertilizado (zigoto) viaja pela tuba uterina até o útero, onde se implanta. No entanto, em casos de gravidez ectópica, esse processo é interrompido, e o embrião se implanta na tuba uterina ou em outros locais fora do útero (Al Naim et al, 2021).

Fatores que contribuem para essa condição incluem danos às tubas uterinas, que podem ser causados por inflamação (como na doença inflamatória pélvica), cirurgias anteriores, infecções ou anormalidades congênitas. Esses danos podem alterar a motilidade e a funcionalidade das tubas, impedindo o transporte adequado do zigoto (Mullany et al 2023).

Além disso, alterações hormonais ou imunológicas podem afetar a capacidade do endométrio de receber o embrião, levando à busca de um local alternativo para implantação. A gravidez ectópica pode resultar em crescimento anormal do trofoblasto e formação insuficiente de vasos sanguíneos no local de implantação, o que pode levar à ruptura do tecido e hemorragia interna (Mullany et al 2023).

DIAGNÓSTICO

As principais manifestações clínicas da gravidez ectópica incluem atraso menstrual, sangramento genital e dor pélvica. O uso do teste de β -hCG (qualitativo ou quantitativo) auxilia no diagnóstico, confirma a gravidez e permite correlacionar os valores com a idade gestacional estimada. Em comparação com gestações tópicas, os níveis de β -hCG são geralmente mais baixos em casos de gravidez ectópica. A ultrassonografia pélvica transabdominal e endovaginal é crucial para avaliar a localização da gestação (Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019).

A visualização de um saco gestacional com vesícula vitelínica e um β -hCG superior a 2000 UI praticamente exclui o diagnóstico de gravidez ectópica. Em casos de gestação

muito precoce, pode ocorrer um “pseudo saco gestacional”, que é uma pequena quantidade de líquido centrada na cavidade uterina, diferenciando-se do saco gestacional tópico. Nos casos agudos, é possível identificar líquido livre na cavidade abdominal e visualizar a gestação ectópica fora das tubas (Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019).

Diante de sinais como atraso menstrual, sangramento genital e dor pélvica, o raciocínio diagnóstico para gravidez ectópica envolve um teste qualitativo de β -hCG seguido de ultrassonografia transvaginal (USTV). Se a cavidade uterina estiver vazia, verifica-se a presença de massa anexial e níveis de β -hCG. Se o β -hCG for menor que 2000 mUI/mL e não houver massa anexial, o teste quantitativo deve ser repetido após 48 horas. Um aumento inferior a 35% ou uma diminuição nos níveis sugere gravidez ectópica, que requer confirmação pela USTV. Valores iguais ou superiores a 2000 mUI/mL indicam o diagnóstico de gravidez ectópica (Júnior, 2018).

TRATAMENTO

As opções de tratamento para gravidez ectópica podem incluir uma abordagem expectante, uso de medicamentos ou intervenção cirúrgica. A escolha do tratamento é influenciada pela localização da gravidez ectópica, a progressão clínica e a condição hemodinâmica da paciente.

A conduta expectante pode ser realizada em paciente hemodinamicamente estável, com feto morto, β -hCG em declínio e massa anexial menor que 2 cm. O acompanhamento é realizado com β -hCG seriado até sua negatificação (Júnior, 2018).

Quando a massa anexial está entre 3 a 4 cm, β -hCG < 5000UI, feto morto, ausência de líquido livre na cavidade em paciente hemodinamicamente estável, com função hepática e renal normais e que não tem prole constituída pode ser realizado metotrexate intramuscular 50mg/m², devendo-se manter o acompanhamento com ultrassonografia com doppler color e β -hCG até sua resolução. Comunicar à paciente que a recuperação da sua trompa é abaixo de 90% e a recidiva aumenta, devendo portanto pedir para ser assinado o consentimento livre esclarecido (Júnior, 2018).

Nessa perspectiva, quando ocorre a não resposta inicial ao Metotrexato no tratamento da gravidez ectópica, é fundamental realizar uma reavaliação diagnóstica. Além disso, é importante monitorar clinicamente a paciente de perto para detectar sinais de ruptura tubária ou hemorragia. Caso necessário, uma segunda dose de Metotrexato pode ser administrada. Se a não resposta persistir ou houver complicações, considerar opções cirúrgicas, como laparoscopia ou laparotomia. No entanto, é crucial estar ciente das contra-indicações ao uso da medicação, como hipersensibilidade ao Metotrexato, doença hepática, renal ou supressão da medula óssea. Além disso, precauções incluem evitar coito vaginal e nova concepção até que o nível de hCG esteja indetectável. Durante a terapia com Metotrexato, também é recomendado evitar exames pélvicos e limitar a exposição ao sol para reduzir o risco de dermatite por Metotrexato.

A indicação cirúrgica fica reservada para os quadros agudos, (abortamento ou rotura tubária), fetos vivos, massa anexial > 5cm e β -hCG > 5000UI. A laparoscopia pode ser uma alternativa em mulheres hemodinamicamente estáveis, No ato cirúrgico a decisão de preservar a trompa dependerá do desejo de uma nova gestação e da possível viabilidade avaliada (Júnior, 2018). Gravidazes cervicais geralmente são tratadas com medicamento, enquanto as intersticiais ou cornuais podem ser tratadas com metotrexato ou cirurgia laparoscópica. Para gravidazes abdominais, utiliza-se laparotomia ou laparoscopia para remoção, e nas ovarianas, opta-se por tratamento conservador com metotrexato ou ressecção laparoscópica em cunha (Leslie Po et al., 2021).

Embora a gravidez ectópica localize-se em mais de 90% nas trompas, evidencia-se implantação anômala em outras topografias, manejados com medicamento, metotrexate intra muscular ou na topografia da implantação, como na cicatriz de cesariana, intersticial, cornual, ovariana e cervical. Dependendo da localização e evolução da gestação pode optar-se pela conduta cirúrgica, seja a céu aberto ou por laparoscopia, como no ovário, cornual e abdominal (Leslie Po et al., 2021).

Em casos de gravidez heterotópica, onde há uma gravidez intrauterina desejada, evita-se o metotrexato sistêmico, preferindo-se a excisão cirúrgica da gravidez ectópica e, se a gravidez intrauterina não for desejada, pode-se realizar dilatação e curetagem (Leslie Po et al., 2021). Considerando-se que a gestação ectópica tem presença de trofoblasto, feto e sangramento, podendo favorecer o contato do sangue materno com o fetal é importante prescrever a imunoglobulina anti-Rh, para as mães Rh negativo não sensibilizadas (300ug) até 72h do diagnóstico estabelecido, com parceiro Rh positivo ou desconhecido (Tratado de Obstetrícia FEBRASGO, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, destacam-se a importância do diagnóstico precoce e do manejo adequado dessa condição para evitar complicações graves. Observa-se que a conscientização sobre os fatores de risco e os sinais de alerta é crucial para as mulheres em idade reprodutiva. A evolução dos métodos diagnósticos, especialmente a ultrassonografia transvaginal e os testes quantitativos de β -hCG, melhorou significativamente a capacidade de detectar gravidazes ectópicas em estágios iniciais, permitindo intervenções menos invasivas e preservação da fertilidade.

Além disso, as opções de tratamento têm se expandido, com o manejo expectante, medicamentoso e cirúrgico, sendo adaptados às necessidades individuais da paciente. A pesquisa continua a avançar no desenvolvimento de novas terapias e na compreensão dos mecanismos subjacentes à gravidez ectópica, com o objetivo de melhorar os resultados para as pacientes. Por fim, enfatiza-se que o cuidado multidisciplinar e o apoio emocional são componentes essenciais no tratamento das mulheres que enfrentam essa condição desafiadora.