

Gravidez ectópica intersticial: particularidades do diagnóstico e da terapêutica

Interstitial ectopic pregnancy: diagnosis and therapy peculiarities

Élida Maria Valadares Claudio Nashala¹, Fernanda Ibrahim Soares¹, Gerusa Coelho Vaz¹, Giselle Maria de Rodrigues Pereira¹, Karine Valéria Gonçalves de Oliveira¹, Marcilêa Silva Santos¹

¹Acadêmicas do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina (FM), da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

RESUMO

A gravidez ectópica (GE) manifesta-se com ampla variação clínica, desde assintomática até o abdome agudo hemorrágico. Essa variabilidade pode dificultar o diagnóstico e impedir a instituição precoce de intervenção terapêutica, agravando seu prognóstico. O tipo intersticial, em que o trofoblasto implanta-se na porção proximal da tuba uterina, embora raro, está se tornando mais prevalente com o advento das técnicas de reprodução assistida. Destaca-se pelo potencial de complicações, devido à capacidade de distensão do local onde se implanta, o que propicia o diagnóstico tardio e favorece a ocorrência de hemorragias maciças. Na GE intersticial, a detecção do β -HCG e as manifestações clínicas sugestivas podem não preceder o estágio mais grave da doença, sendo a ultrassonografia transvaginal (USTV) o principal método diagnóstico. A escolha do tratamento, conservador ou cirúrgico, dependerá do momento diagnóstico, da estabilidade da paciente, da anatomia da região e da ampla probabilidade de diagnóstico tardio.

Palavras-chave: Gravidez Ectópica/diagnóstico; Gravidez Ectópica/terapia; Gravidez Tubária/diagnóstico; Gravidez Tubária/terapia; Gravidez Abdominal/diagnóstico; Gravidez Abdominal/terapia; Abdome Agudo; Implantação do Embrião.

ABSTRACT

An ectopic pregnancy (GE) is presented clinically with a wide range from asymptomatic to acute abdomen hemorrhage. This variability can complicate the clinical diagnosis and prevent an early start of therapeutic interventions, deteriorating the prognosis. The interstitial type, in which the trophoblast implants into the proximal portion of the fallopian tube, is rare, but its prevalence has increased for the advent of assisted reproduction techniques. It stands out for potential complications related to the wide distension capacity of the interstitial region, which enables a late diagnosis and favors the occurrence of massive hemorrhage. In interstitial GE, a positive β -HCG and the presence of suggestive clinical manifestations may not precede the most severe stage of disease, so transvaginal ultrasonography (TVUS) is the main diagnostic method on many cases. Choosing the management, conservative or surgical, depends on the moment the diagnosis is made, the stability of the patient, the anatomy of the affected region and a higher likelihood of late diagnosis.

Key words: Pregnancy, Ectopic/diagnosis; Pregnancy, Ectopic/therapy; Pregnancy, Tubal/diagnosis; Pregnancy, Tubal/therapy; Pregnancy, Abdominal/diagnosis; Pregnancy, Abdominal/therapy; Abdomen, Acute; Embryo Implantation

Instituição:
Faculdade de Medicina UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Karine Valéria Gonçalves de Oliveira
Rua General Andrade Neves, 71 apto. 11
Bairro: Gutierrez
Belo Horizonte, MG – Brasil.
CEP: 30441-011
Email: kakagoliveira@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica (GE) é causa de grande morbimortalidade materna com perda gestacional, e a sua incidência aumenta em todo o mundo. Os avanços tecnológicos nos exames de imagem e a vasta experiência médica aumentaram a capacidade de diagnosticá-la em seus estágios mais precoces. A GE tubária é ainda a sua forma mais prevalente. Entretanto, o advento dos procedimentos relacionados à reprodução assistida tem sido acompanhado do incremento em localizações menos usuais, como a intersticial.

A GE é definida como a implantação do blastocisto fora do endométrio uterino. É classificada de acordo com a localização do saco gestacional. Em 95% dos casos caracteriza-se como tubária, podendo ser ampular (70%), ístmica (12%) e fimbrial (11,1%)¹⁻³, correspondendo os 5% restantes às localizações cervical, cornual, abdominal, ovariana e intersticial.

Nesta revisão, será abordada a gravidez ectópica intersticial, cujo diagnóstico e tratamento precoces são essenciais para a sobrevivência e manutenção da fertilidade.

A GE intersticial caracteriza-se pela implantação do ovo no segmento tubário que atravessa o miométrio uterino (porção intersticial da trompa de Falópio), originada no óstio tubário, seguindo curso tortuoso superior e lateralmente à cavidade uterina até o ponto em que a porção ístmica emerge no fundo uterino.² Este tipo de apresentação da GE deve ser diferenciado da forma cornual, caracterizada pela implantação em útero bicorno ou septado.^{1,4} Tal apresentação de GE possui alto índice de morbimortalidade, visto que seu diagnóstico é tardio, devido à grande capacidade de distensão da região de implantação, podendo ser acompanhado de hemorragia maciça.⁵

EPIDEMIOLOGIA E FATORES DE RISCO

A GE é a principal emergência do primeiro trimestre gestacional. Sua incidência aumenta com a idade, com risco aos 20, 30 e 40 anos de 0,4; 1,3 e 2%, respectivamente.⁶ Outros fatores de risco são: GE prévia, cirurgia sobre as tubas uterinas, história de doença sexualmente transmissível, concepção após fertilização *in vitro* e tabagismo.

O tipo intersticial está intimamente relacionado à técnica de reprodução assistida ou cirurgia tubária prévia, o que justifica o seu aumento de incidência nos últimos anos.

ABORDAGEM DIAGNÓSTICA

No passado, esta afecção era diagnosticada tardiamente, ao final do primeiro ou início do segundo trimestre, durante a laparotomia para tratamento da rotura tubária. Muitas pacientes já apresentavam abdome agudo hemorrágico, sendo indicada histerectomia em 40% dos casos.⁷

A GE caracteriza-se, em geral, pelo desenvolvimento de dor abdominal e metrorragia, com massa anexial à palpação e colo amolecido, podendo ser encontrado aumento uterino assimétrico. Sinais de abdome agudo instalam-se caso ocorra a sua ruptura.

A dosagem de β -HCG, embora importante, pode estar ausente no momento do diagnóstico. Recomenda-se que esse exame seja solicitado em todas as mulheres em idade fértil com dor abdominal.

A ultrassonografia transvaginal (USTV) é o principal método diagnóstico antes da cirurgia, inclusive para pacientes assintomáticas.¹ O principal achado é o saco gestacional ectópico circundado por fina camada de endométrio, medindo menos de 5 mm. É mais específico o encontro de linha ecogênica que se estende a regiões superiores da cavidade uterina e tangencia a margem do saco gestacional, representando, provavelmente, a porção intramural da tuba de Falópio, e possui sensibilidade e especificidade de 80 e 98%, respectivamente.¹

A ressonância magnética (RM) pode ser usada quando a USTV for inconclusiva para excluir gravidez intersticial e para diferenciá-la da gravidez intrauterina.⁸

A GE intersticial pode não ser diagnosticada antes da cirurgia devido à não realização da USTV do primeiro trimestre ou por diagnóstico errôneo de outro tipo de GE. A GE intersticial íntegra aparece à laparoscopia ou laparotomia como nódulo assimétrico na região cornual.²

TRATAMENTO

A GE intersticial pode ser abordada de forma conservadora (expectante e tratamento clínico) ou cirúrgica.

O tratamento conservador só é possível em casos de diagnóstico precoce, no primeiro trimestre, em que os níveis de β -HCG são baixos. Pode-se optar pela conduta expectante ou o uso de metotexate, local ou sistêmico. O uso de USTV para o acompanhamento da reprodução assistida, que representa importante fator de risco para a GE intersticial, permite a detecção de implantação anormal

de gestação em seu período inicial e aumenta a possibilidade de intervenções menos invasivas e com melhores resultados.

Observa-se, na conduta expectante, o declínio do nível do β -HCG devido à eliminação espontânea do saco gestacional. Os benefícios são a preservação da fertilidade e ausência de riscos relacionados à cirurgia ou ao uso de drogas.

O tratamento com metotrexate interfere na síntese de DNA, alterando o desenvolvimento do trofoblasto. A opção por esse tratamento é feita diante de: estabilidade hemodinâmica, disposição e disponibilidade de monitorização pós-tratamento, nível de β -HCG inferior a 5.000 UI/L e ausência de atividade cardíaca fetal.⁹ Vários esquemas de administração de metotrexate são usados, sendo o mais comum o emprego de duas doses intramusculares. A dosagem seriada de β -HCG para controle é imperativa. Inexistem esquemas terapêuticos preestabelecidos para a aplicação local da droga, que, embora considerada segura, é altamente dependente do médico responsável pela condução do caso.²

O tratamento conservador apresenta como falhas potenciais a não resolução do problema, a evolução para as complicações de GE (ruptura uterina e hemorragia), a ocorrência de nova gestação no mesmo local² e a dificuldade de um diagnóstico preciso. Assim, ele não é usado rotineiramente na prática clínica.¹⁰

O tratamento cirúrgico é mandatório diante da suspeita de ruptura da GE, nas gestações heterotópicas e GE recorrente. Outras indicações incluem a recusa da paciente de submeter-se ao tratamento clínico; sua indisponibilidade ou impossibilidade de seu seguimento.² O número de técnicas para a abordagem da GE é extenso e a tendência é priorizar as minimamente invasivas, como a laparoscópica - até mesmo em casos de ruptura de GE -, a cornuostomia, a cornuectomia e a evacuação transcervical, com taxas de sucesso cumulativo de 85%.² A laparotomia é a alternativa mais usada quando a laparoscopia não está disponível ou há instabilidade hemodinâmica.

A técnica mais tradicional consiste na cornuectomia com incisão em V, em que os tecidos são removidos em bloco, através de incisão que se estende até o miométrio. Esta técnica determina bom controle do sangramento, apesar de bastante invasiva, sendo usada apenas em centros que

não dispõem de laparoscopia. A cornuostomia, por laparotomia ou via laparoscópica, também é frequente, podendo sua execução ser dificultada ou impossibilitada caso a GE esteja rota. Nestes casos, medidas para facilitar a hemostasia podem ser executadas, destacando-se a infiltração local com vasopressina e alguns tipos de sutura. A histerectomia, embora cada vez menos comum, pode ser realizada quando há falha no controle da hemorragia, o saco gestacional é de grandes dimensões ou a mulher não deseja manter a fertilidade.²

PROGNÓSTICO

O prognóstico das pacientes com GE intersticial depende da fase em que é feito o diagnóstico e do tipo de tratamento ao qual são submetidas. Perda sanguínea excessiva e suas consequências agudas podem ocorrer na GE intersticial rota ou durante o tratamento cirúrgico. Nas mulheres que recebem uma das modalidades de tratamento clínico, existe risco aumentado de GE intersticial remanescente e de recorrência. O controle pós-tratamento com dosagens hormonais e USTV é, portanto, mandatório.

O tratamento clínico é a opção mais segura na abordagem inicial dessa afecção devido aos aspectos anatômicos que previnem a ruptura precoce do implante, permitindo o sucesso em muitos casos.¹⁰

A fertilidade não apresenta diferença se o tratamento foi expectante ou por outras abordagens. O uso da laparoscopia levou a melhores resultados quando comparada à laparotomia, com alta taxa de gravidez eutópica e reduzido risco de recorrência. Fatores de risco individuais para GE devem ser sempre considerados.¹¹ O futuro fértil tem taxas semelhantes às das GE tubárias, quando há sucesso no tratamento conservador, com a maioria das recorrências descritas no interstício tubário ipsilateral.¹²

CONCLUSÃO

A GE intersticial, em comparação com os outros tipos de GE, é afecção rara, de diagnóstico frequentemente tardio e prevalente em mulheres com abdome agudo hemorrágico. O advento das técnicas de reprodução assistida aumentou a ocorrência de GE e fez com que o seu diag-

nóstico, em geral, fosse feito em período inicial, devido ao acompanhamento mais rigoroso das pacientes. O principal método para o diagnóstico precoce é a USTV, pois manifestações clínicas como elevação dos níveis de β -HCG, sangramento no primeiro trimestre, massa anexial e colo amolecido podem não anteceder a instalação da rotura uterina e suas consequências. A RM representa alternativa aos casos inconclusivos, sendo o principal fator responsável pelo atraso diagnóstico a não realização precoce da USTV. O tratamento, frente a abdome agudo hemorrágico, é cirúrgico. A laparoscopia, por ser menos invasiva, é técnica preferencial, mesmo na rotura. Na maioria das vezes, a laparoscopia é indisponível em centros hospitalares e, por isso, a laparotomia é realizada. O tratamento conservador exige diagnóstico precoce, seguimento clínico rigoroso por tempo prolongado e associa-se a complicações como recorrência, rotura uterina e hemorragias, o que restringe seu uso a casos bem selecionados e requer conhecer melhor os seus resultados. O tratamento deve ser direcionado às necessidades de cada caso, considerando-se, sempre que possível, o desejo da paciente.

REFERÊNCIAS

1. Lin EP, Bhatt S, Dogra VS. Diagnostic clues to ectopic pregnancy. *RadioGraphics*. 2008; 28:1661-71.
2. Moawad NS, Mahajan ST, Moniz MH, Taylor SE, Hurd WW. Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 Jan; 202(1):15-29.
3. Webb EM, Green GE, Scoutt LM. Adnexal mass with pelvic pain. *Radiol Clin North Am*. 2004; 42: 329-48.
4. Dialani V, Levine D. Ectopic pregnancy: a review. *Ultrasound Q*. 2004; 20:105-17.
5. Levine D. Ectopic pregnancy. *Radiology*. 2007 Nov; 245(2):385-97. Review.
6. Stucki D, Buss J. The ectopic pregnancy, a diagnostic and therapeutic challenge. *J Med Life*. 2008 Jan/Mar; 1(1):40-8.
7. Buster JE, Heard MJ. Current issues in medical management of ectopic pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2000; 12:525-7.
8. Filhastre M, Dechaud H, Lesnik A, Taourel P. Interstitial pregnancy: role of MRI. *Eur Radiol*. 2005; 15:93-5.
9. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ*. 2005 Oct 11; 173(8):905-12.
10. Cassik P, Ofili-Yebovi D, Yazbek J, Lee C, Elson J, Jurkovic D. Factors influencing the success of conservative treatment of interstitial pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005 Sep; 26(3):279-82.
11. Tay JI, Moore J, Walker JJ. Ectopic pregnancy. *BMJ*. 2000; 320:916.
12. Sawyer E, Helmy S, Nagi JB, *et al*. Fertility outcomes following interstitial pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2007; 30: 386-6.