

# Tratamento da gravidez ectópica: revisão de literatura

## *Ectopic pregnancy treatment: literature compilation*

André Cançado Fróis<sup>1</sup>, Bruno de Almeida Pedersoli<sup>1</sup>, Milton Henriques Guimarães Júnior<sup>1</sup>, Rodrigo Costa Pereira Vieira<sup>1</sup>, Hugo Alencar Santos<sup>1</sup>, Rômulo Mateus Fonseca Viegas<sup>1</sup>, Thiago Neto Ribeiro<sup>1</sup>, Vinícius Martins de Andrade<sup>1</sup>, William Schneider da Cruz Krettl<sup>2</sup>

### RESUMO

O blastocisto normalmente implanta-se na superfície endometrial da cavidade uterina. Em 1% a 2% das gestações a implantação do blastocisto ocorre fora desse local, sendo denominada gravidez ectópica. No passado, o tratamento da gravidez ectópica era sempre cirúrgico. Atualmente, em casos bem selecionados, pode-se adotar o tratamento clínico e até a conduta expectante. A conduta expectante baseia-se no fato de que muitas gravidezes ectópicas evoluem para abortamento e reabsorção, sem prejuízo significativo para a fertilidade futura e sem morbidade significativa. Constituem grandes pontos favoráveis o menor risco anestésico-cirúrgico e os menores custos. Várias drogas e esquemas terapêuticos são utilizados no tratamento clínico. O Metrotexate, antagonista do ácido fólico, de reconhecida atividade trofoblástica, tem sido a droga de escolha na atualidade. O regime de dose única - 50mg/m<sup>2</sup> ou 1mg/kg IM - é o mais utilizado, por apresentar menos efeitos colaterais em relação ao regime de múltiplas doses e maiores taxas de sucesso. O tratamento cirúrgico abrange desde procedimentos mais conservadores (laparoscopia, salpingotomia linear, salpingostomia linear e ordenha tubária) até laparotomias exploradoras com exérese anexial, dependendo do estado hemodinâmico da paciente, da localização da implantação e do desejo de engravidar.

**Palavras-chave:** Gravidez Ectópica; Complicações na Gravidez; Primeiro Trimestre da Gravidez.

### ABSTRACT

*In general, blastocyst implantation is at endometrial surfaces of uterine cavity. In 1-2% of pregnancies, implantation occurs at a site different of this, being named ectopic pregnancy. Years ago, ectopic pregnancy treatment was always surgical, but nowadays it can be clinic or even expectant in selected cases. Expectant conduct is based in the fact that many ectopic pregnancies tend to abortion and its reabsorption, without significant risk for fertility in future or significant morbidity. Great favorable points are less anesthetic-surgical risks and fewer costs. Many drugs and therapeutic combinations have been used in clinic treatment. Metotexate, folic acid antagonist, with trophoblastic activity recognized, has been the chosen drug nowadays. One only dose - 50mg/m<sup>2</sup> or 1mg/Kg intramuscular - is the most used regime, because presents less collateral effects when compared to multiple doses regime and more chances of success. Surgical treatment goes through conservators procedures (laparoscopy, linear salpingotomy, linear salpingostomy, and tubary content manual extraction) to exploratory laparotomy with anexial extraction, depending on patient hemodynamic state, implantation site, and desire of a new pregnancy.*

**Key words:** Pregnancy, Ectopic; Pregnancy Complications; Pregnancy Trimester, First.

<sup>1</sup> Acadêmicos do 10º Período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais -UFMG  
<sup>2</sup> Professor da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG  
 Trabalho realizado pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFMG.

*Instituição:*  
 Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG

*Endereço para correspondência:*  
 Rômulo Mateus Fonseca Viegas. Rua Eurita, nº 462/102, Bairro Santa Tereza  
 Belo Horizonte, MG - Brasil  
 E-mail: romulomfviegas@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

O blastocisto normalmente implanta-se na superfície endometrial da cavidade uterina. Em 1% a 2% das gestações a implantação do blastocisto ocorre fora desse local, seja nas trompas, ovários, peritônio, cérvix ou ligamento largo. Essa condição é denominada gravidez ectópica.<sup>1</sup>

Sua prevalência é maior entre as múltiplas com antecedentes de cirurgias, infecção pélvica, usuárias de DIU, tratamento de infertilidade e endometriose. A gravidez tubária representa 98% das gestações ectópicas.<sup>2</sup>

Nos EUA, é a principal causa de mortalidade materna no primeiro trimestre de gravidez, sendo responsável por 5% a 10% do total de causas de mortes relacionadas à gravidez.<sup>3</sup> Esse dado mostra a importância de o médico conhecer essa condição e os tipos de tratamentos existentes atualmente que podem diminuir a morbidade e a mortalidade das pacientes que desenvolvam gravidez ectópica.

## TRATAMENTO

No passado, o tratamento da gravidez ectópica era sempre cirúrgico. Atualmente, em casos bem selecionados, pode-se adotar o tratamento clínico e até a conduta expectante.

### Tratamento Expectante

A ultrassonografia transvaginal (US-TV) associada à dosagem do  $\beta$ -HCG possibilitaram essa forma de conduta. Foi descrita por Lund<sup>4</sup>, em 1955, sendo uma alternativa à quase obrigatoriedade de cirurgia até então. Baseia-se no fato de que muitas prenhez ectópicas evoluem para abortamento e reabsorção, sem prejuízo considerável para a fertilidade futura e sem morbidade significativa. Constituem grandes pontos favoráveis o menor risco anestésico-cirúrgico e os menores custos.

Em prenhez tubária, está indicada em casos em que a tuba esteja íntegra, com estabilidade hemodinâmica, em que a massa anexial é menor que cinco cm, sem evidências de vitalidade embrionária (principalmente atividade cardíaca) e com  $\beta$ -HCG decrescente.<sup>5</sup> Há autores que defendem que tal conduta só deve ser tomada se o  $\beta$ -HCG for inferior a 1500 mUI/

ml<sup>7</sup>, mas outros defendem que o mais importante seria a queda dos títulos, e não necessariamente seu valor<sup>5</sup>, sendo que quanto menor o valor inicial, maior a chance de sucesso.

As pacientes com suspeita de gravidez ectópica devem ser submetidas a US-TV e ter o  $\beta$ -HCG quantitativo colhido, sendo internadas para observação. Caso os critérios ultrassonográficos sejam preenchidos (ressalta-se que o achado de líquido livre na cavidade peritoneal não constitui contra-indicação), deve-se atentar para sinais de descompensação hemodinâmica até a coleta de novo  $\beta$ -HCG 48 horas após o primeiro. O US-TV deve ser realizado nesse período se suspeita de ruptura tubária.

Caso o  $\beta$ -HCG decresça, a paciente pode ser liberada com orientações, sendo realizada dosagem semanal até negativação. Devem ser usados métodos de barreira por três meses.<sup>5</sup>

A permeabilidade tubária após a conduta expectante é descrita ocorrendo em 50% a 100% dos casos. A taxa de sucesso varia de 50 a 98%.<sup>5,6</sup>

### Tratamento Clínico

O tratamento clínico da gravidez ectópica (GE), adotado desde a década de 1980 do século XX, vem ganhando cada vez mais espaço dentre as opções terapêuticas para essa condição, mostrando-se alternativa útil aos procedimentos cirúrgicos classicamente utilizados. Quando bem indicado, apresenta menor custo, é relativamente seguro, tem altos índices de sucesso e preserva o futuro reprodutivo da mulher.

Várias drogas e esquemas terapêuticos têm sido utilizados. O Metrotexate (MTX), antagonista do ácido fólico, de reconhecida atividade trofoblástica, tem sido a droga de escolha na atualidade. O regime de dose única - 50mg/m<sup>2</sup> ou 1mg/kg IM - é o mais utilizado, por apresentar menos efeitos colaterais em relação ao regime de múltiplas doses, que apresenta, todavia, maiores taxas de sucesso (93% *versus* 88% em metanálise recente). No regime de dose única, caso os níveis de  $\beta$ -hCG não declinem pelo menos 15% entre os dias quatro e sete ou 15% por semana seguinte, uma nova dose deve ser administrada. As taxas de sucesso do tratamento dependem fundamentalmente da concentração inicial de  $\beta$ -hCG.

Em estudo randomizado recente, o tratamento com única dose de MTX teve menores índices de sucesso em relação à salpingostomia. Não houve di-

ferença significativa nas taxas de sucesso entre esse método e o tratamento com múltiplas doses de MTX.

Em uma recente análise de custos, a terapia sistêmica com MTX mostrou-se mais barata em relação à cirurgia laparoscópica se o diagnóstico de GE não requer laparoscopia e se o nível sérico de  $\beta$ -hCG for maior que 1500mUI/ml. As taxas de permeabilidade tubária (62% a 90%) e recorrência de GE (8% a 15%) são similares no tratamento clínico ou cirúrgico.

A definição de indicações e contra-indicações para o tratamento medicamentoso da GE e a forma de realizá-lo é ainda discutida. Dados provenientes de estudos randomizados carecem de informações precisas sobre o manejo ótimo da GE (cirúrgico *versus* clínico), em relação às taxas de recorrência e potencial de fertilidade futura. Não existe consenso sobre o valor de referência exato de  $\beta$ -hCG para o qual MTX é contra-indicado.

Constituem fatores favoráveis ao tratamento com MTX: estabilidade hemodinâmica; ausência de sinais clínicos de rotura tubária;  $\beta$ -hCG inicial menor que 5000mUI/ml e sem aumento superior a 60% nas últimas 48 horas (pré-tratamento); exames laboratoriais normais (hemograma, coagulograma, função hepática e renal); ultrassonografia mostrando diâmetro da massa anexial < 3,5 cm e ausência de atividade cardíaca fetal; ausência de dúvida diagnóstica; possibilidade de retorno da paciente em caso de rotura e/ou seguimento.

As contra-indicações para o uso de MTX, de acordo com o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG) e a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva (ASRM), são: absolutas - amamentação, gravidez tóxica, evidência de imunodeficiência, discrasias sanguíneas (anemias, leucopenias ou trombocitopenias moderadas a severas), sensibilidade conhecida ao MTX, doença pulmonar ativa, úlcera péptica, disfunção hepática, renal ou hematológica, alcoolismo; relativas - massa ectópica maior que 3,5 cm (ACOG) ou maior que 4cm detectada em US transvaginal (ASRM), atividade cardíaca embrionária, paciente que não aceita transfusão sanguínea (ASRM), paciente que não pode realizar seguimento clínico (ASRM) e nível inicial de  $\beta$ -hCG superior a 5000mUI/ml (ASRM).

## Tratamento Cirúrgico

Abrange desde procedimentos mais conservadores até laparotomias exploradoras, dependendo do estado hemodinâmico da paciente, da localização da implantação e do desejo de engravidar.

A laparoscopia, em comparação com a laparotomia, possui diversas vantagens: pode ser utilizada tanto na cirurgia radical (salpingectomia) quanto na cirurgia conservadora (salpingostomia); geralmente, há maior diminuição da dor pós-operatória e do tempo de internação, menor perda sanguínea, recuperação mais rápida, além de menores custos e melhor resultado estético.<sup>3-6</sup>

A laparoscopia está contra-indicada em casos de instabilidade hemodinâmica, obesidade e condições anatômicas desfavoráveis. São contra-indicações relativas à laparoscopia a presença de prenhez ectópica intersticial e massa maior ou igual a 5cm.<sup>3</sup> A laparotomia é reservada às pacientes com extensivo sangramento intraperitoneal, indisponibilidade de equipe treinada, comprometimento intravascular ou má visualização da pelve no momento da laparoscopia.

A maior controvérsia na abordagem cirúrgica da gravidez ectópica é entre a opção de cirurgia radical (salpingectomia) e a cirurgia conservadora (salpingostomia).<sup>6</sup>

Nas pacientes que não desejam engravidar, com recidiva de gravidez ectópica ou nos casos de lesão tubárea rota, está indicada a salpingectomia, retirada total da tuba.

A salpingostomia está indicada nos casos em que se pretende tentar preservar a fertilidade. As principais técnicas são a salpingostomia linear (incisão longitudinal na borda antimesentérica da tuba, retirando o tecido ectópico e deixando a incisão aberta para cicatrização por segunda intenção) e a salpingectomia parcial (somente o segmento de implantação é retirado, anastomosando as bordas termino-terminalmente).<sup>2,4</sup>

Segundo Elito<sup>4</sup>, "Ainda é assunto de debate se a salpingostomia é mais eficaz que a salpingectomia em termos de gravidez futura", devido principalmente a resultados conflitantes e à escassez de trabalhos demonstrando esse benefício. Apesar disso, a maioria dos autores preconiza a utilização da cirurgia conservadora nas pacientes que desejam engravidar.<sup>2,4,7,8</sup>

## Gravidez Ovariana

A gravidez ovariana representa 0,15% dos casos de gravidez ectópica.<sup>1</sup> Ocorre quando a fecundação se dá antes da expulsão ovariana do óvulo ou quando o ovo é abortado para a cavidade abdominal e se fixa no ovário.

Pode ser adotado o tratamento clínico ou cirúrgico, que consiste na remoção total ou parcial do ovário.<sup>11</sup>

### Gravidez Abdominal

Ocorre em 1,4% dos casos de gravidez ectópica.<sup>1</sup> O tratamento é sempre cirúrgico. Em gestações acima de 26 semanas, se a sintomatologia permitir, pode-se aguardar a maturidade fetal pulmonar ou induzi-la com corticoides antes da retirada do feto. A retirada da placenta muitas vezes é difícil. Ela pode ser deixada no abdome para que possa ser reabsorvida ou retirada em um segundo momento.<sup>11</sup>

### Gravidez Cervical

Ocorre em 0,15% dos casos de gravidez ectópica.<sup>1</sup> O tratamento atual é clínico, com metotrexato. A dilatação e a curetagem não são indicadas para pacientes com desejo de engravidar, pois o sangramento excessivo, devido ao acretismo placentário e à incapacidade do colo de contrair, frequentemente indicam a necessidade de histerectomia.<sup>11</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Pisarka MD, Carson AS. Incidence and risk factors for ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 1999; 42:2-8.
2. Breen JL. A 21 year study of 654 ectopic pregnancies. *J Obstet Gynecol.* 1970;106:1004.
3. Grimes DA. The morbidity and mortality of pregnancy: still a risk business. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 170:1489-94
4. Lund JJ. Early ectopic pregnancy treated nonsurgically. *J Obstet Gynaecol Br Empir.* 1955; 62:70-6.
5. Han KK, Junior JE, Camano L. Conduta expectante na gravidez tubária íntegra. *RBGO* 1999; 21(8):465-740.
6. Pereira PP. Qual a melhor conduta na prenhez ectópica. *Rev Assoc Med Bras.* 2001 set; 47(3):180-1.
7. Elito Junior J, Montenegro NAMM, Camano. Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. Situação atual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008 mar; 30(3):149-59.
8. Bangsgaard N, Lund CO, Ottesen B, Nilas L. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. *BJOG.* 2003;110(8):765-70.
9. Silva PD, Schaper AM, Rooney B. Reproductive outcome after 143 laparoscopic procedures for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1993; 81(5 Pt 1):710-5.
10. Bangsgaard N, Lund CO, Ottesen B, Nilas L. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. *BJOG.* 2003;110(8):765-70
11. Corrêa MD. Noções práticas de obstetrícia. 10ª ed. Belo Horizonte: Coopmed; 1988.