

Gravidez ectópica: abordagem diagnóstica e terapêutica

Araújo, Fernanda Mendes;¹ Chaves, Ana Cristina Leite;¹ da Silva, Fabiana Maria;¹ Pereira, Cibelle Carvalho;¹ Silveira, Anaysa Lamara;¹ Valério, Flávia Cordeiro;¹ Rocha, Ana Luiza Lunardi.²

RESUMO

¹Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).
²Ginecologista e Obstetra, especialista em Reprodução Humana. Doutoranda em Saúde da Mulher, Faculdade de Medicina da UFMG.

Gravidez ectópica (GE) é aquela localizada fora dos limites uterinos e é uma importante causa de morbimortalidade em todo o mundo. A tríade típica de sintomas inclui sangramento e dor abdominal após período de amenorréia e o diagnóstico requer frequentemente várias dosagens de gonadotrofina coriônica bem como ultrassom transvaginal. Dentre os fatores de risco estão GE prévias e condições (cirurgia, infecção) que prejudicam a anatomia tubária. Tratamento expectante, cirúrgico e clínico são as opções. A decisão de abordar a GE cirurgicamente irá depender na probabilidade de sucesso do tratamento conservador. Este pode ser seguro e eficaz se um critério de seleção apropriado for seguido. O metotrexato é uma alternativa à cirurgia em até um quarto das mulheres com gravidez ectópica não-rupta. Nesse artigo discutiremos tais métodos e técnicas que devem ser seguidos após o diagnóstico de gravidez ectópica.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is a pregnancy located outside the inner lining of the uterus and an important cause of morbidity and mortality worldwide. The typical triad of symptoms includes bleeding and abdominal pain after a period of amenorrhoea and diagnosis often requires serial human chorionic gonadotropin levels along with transvaginal ultrasound. Risk factors include previous ectopic pregnancies and conditions (surgery, infection) that disrupt the normal anatomy of the tubes. Treatment options include observation, surgery, and medication. The decision to manage a ectopic pregnancy surgically will depend on the likelihood of success of non-surgical treatment. Nonsurgical management can be safe and effective if an appropriate selection criteria is followed. Methotrexate is an alternative to surgery in up to a quarter of women with unruptured ectopic pregnancy. In this article we will discuss these methods and techniques that may be used once a diagnosis has been made.

INTRODUÇÃO

Gravidez ectópica (GE) é a implantação do blastocisto fora da cavidade uterina. É encontrada em 10-15% das mulheres que chegam ao serviço de urgência para avaliação durante o primeiro trimestre da gravidez, sendo responsável por 10% de todas as mortes relacionadas ao período gestacional.^{1,2}

Em 98,3% dos casos, há envolvimento de uma das tubas uterinas. A implantação do blastocisto pode ocorrer em qualquer região da tuba: ampola (79,6%), istmo (12,3%), fímbria (6,2%) e corno (1,9%). As possíveis evoluções da gravidez tubária são: morte seguida de reabsorção do embrião; abortamento tubário, mais freqüente naquelas localizadas distalmente na tuba; ruptura tubária, que tende a ser mais precoce na gravidez ístmica; e evolução para o termo, situação muito rara. Outros tipos de GE incluem a abdominal (1,4%), a ovariana (0,15%) e a cervical (0,15%).³

Endereço para correspondência:
cibzcp@yahoo.com.br

No exame clínico, merece atenção a tríade clássica: amenorréia, dor abdominal e sangramento vaginal. A confirmação diagnóstica é feita através da dosagem seriada de β -hCG e da ultra-sonografia transvaginal (USTV). O tratamento era essencialmente cirúrgico no passado. Atualmente, o manejo clínico vem ganhando cada vez mais espaço.

Neste artigo, elaborado a partir de uma revisão da literatura, a ênfase será na abordagem da gestação tubária, por ser esta a GE mais comum. Foi desenvolvido um fluxograma para auxiliar no diagnóstico e na conduta de pacientes com GE.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de gravidez tubária fundamenta-se no exame clínico e em exames complementares. Um terço dos casos estão associados a danos tubários causados por infecção ou cirurgia.⁴ Outros fatores de risco incluem: tabagismo, contraceptivos à base de progesterona, DIU, reprodução assistida e GE prévia.

A sintomatologia inicial da GE não-rotas é semelhante à da gravidez tópica: atraso menstrual, náuseas e vômitos. Dor progressiva em baixo ventre, quase sempre unilateral, está presente em 95% dos casos e sangramento genital de pequena intensidade em 60 a 80%. O volume uterino é menor do que o registrado na gravidez tópica. O abortamento tubário e a ruptura tubária podem evoluir com quadro de abdome agudo hemorrágico.¹

A abordagem combinada de dosagem de β -hCG sérico e USTV detecta GE com uma sensibilidade de 97% e especificidade de 95%.⁵ O aumento mínimo do β -hCG para gestações viáveis é de 53% a cada dois dias e a redução do β -hCG que caracteriza aborto espontâneo varia de 21 a 35%. Valores que não se encaixam nessas situações sugerem GE.⁶ Os dados da USTV que mais sugerem gravidez tubária são ausência de gestação intra-útero e presença de massa anexial. Em uma gestação normal, com β -hCG entre 1000 e 2000 mUI/ml, o saco gestacional deve obrigatoriamente ser visto dentro do útero pela USTV.

Toda enfermidade que determine dor pélvica pode ser confundida com GE, como anexite, torção de cisto de ovário, ruptura de folículo ovariano e apendicite. O exame clínico e os exames complementares permitem o diagnóstico correto.¹

CONDUTA

A GE pode ser tratada clínica ou cirurgicamente. Ambos os métodos são efetivos, sendo a escolha norteada pelas circunstâncias clínicas da paciente, pelo local de implantação do saco gestacional e pelos recursos disponíveis no serviço. Nas mulheres Rh negativas não sensibilizadas, qualquer que seja a terapêutica adotada, recomenda-se a administração de 300 mcg IM de imunoglobulina Rh (D).¹

Nas GE que se resolvem por reabsorção ou por abortamento tubário, não há necessidade de intervenção clínica ou cirúrgica. O emprego de USTV e de medidas seriadas de β -hCG permitem a detecção precoce da GE e a adoção de conduta expectante.

Os seguintes dados são utilizados como critérios para a adoção de conduta expectante: estabilidade hemodinâmica, massa anexial menor que 5 cm de diâmetro, ausência de evidências de vitalidade embrionária e níveis de β -hCG inferiores a 2000 mUI/ml ou decrescentes. A queda progressiva do β -hCG indica que a gestação está evoluindo para resolução espontânea e a conduta expectante poderá ser mantida. O β -hCG deve ser dosado em 24 horas e, posteriormente, a cada 48 horas até valores indetectáveis. A USTV deve ser realizada semanalmente até o desaparecimento da massa, já que existe a possibilidade de ruptura mesmo com níveis decrescentes de β -hCG. A conduta expectante é bem-sucedida em 50-70% das mulheres se a GE for precoce e não-rotas.^{7,8}

O medicamento mais utilizado para tratamento clínico é o metotrexato, um antagonista do ácido fólico altamente efetivo contra o trofoblasto. As candidatas ao uso de metotrexato devem estar hemodinamicamente estáveis e apresentar hemograma, função hepática e função renal normais. O sucesso do tratamento clínico é maior em gestação menor que 6 semanas, com massa tubária menor que 3,5 cm de diâmetro, feto morto e β -hCG inferior a 1500 mUI/ml.^{9,10} O índice de Elito-Camano orienta a escolha do tratamento. Nota superior a 5 indica 95% de sucesso com o metotrexato, enquanto nota inferior ou igual a 5 contra-indica o tratamento clínico.

O esquema terapêutico mais utilizado para o metotrexato é a dose única de 50 mg/m² IM. Os níveis de β -HCG são checados entre o 4º e o 7º dia e uma dose extra é administrada se seu nível não cair pelo menos 15% nesse período ou

se atividade cardíaca fetal estiver presente no 7º dia.^{11,12} Caso o nível de β -hCG reduza ao menos 15%, repete-se a dosagem sérica semanalmente até valores inferiores a 1500 mUI/ml. Se os níveis de β -hCG não estiverem diminuindo ou se a atividade cardíaca fetal persistir após 3 doses, indica-se tratamento cirúrgico. Este esquema apresentou 90% de sucesso.^{11,13,14,15}

Os efeitos colaterais mais comuns são: disfunção hepática, estomatite e gastroenterite. Casos isolados de neutropenia e febre com ameaça à vida, pneumonite induzida por droga e alopecia foram descritos. Estudos mostram que não houve diferença entre o tratamento medicamentoso ou cirúrgico no que se refere à patência da tuba ou gravidez intra-uterina posterior.¹⁴

Pacientes hemodinamicamente instáveis, com sinais de ruptura, β -hCG superior a 5000 mUI/ml, necessidade de diagnóstico laparoscópico ou suspeita de gestação heterotópica devem ser submetidas a intervenção cirúrgica. Também contribuem para essa indicação: massa anexial maior que 4 cm de diâmetro e líquido livre na pelve visto na USTV.^{16,17,18}

A laparotomia é indicada quando a paciente se encontra hemodinamicamente instável, enquanto a laparoscopia é reservada para pacientes com estabilidade hemodinâmica. Uma GE rota não exige necessariamente laparotomia. Com exceção da redução da permanência hospitalar

e do período de convalescência, existem poucas evidências da superioridade da laparoscopia em relação à laparotomia. Salpingostomia e salpingectomia segmentar podem ser realizadas por laparotomia ou laparoscopia.

A salpingostomia envolve incisão linear na tuba uterina e retirada do saco gestacional. Deve ser o tratamento de primeira escolha se houver problemas na tuba contralateral ou desejo de fertilização no futuro.¹⁹ A ressecção segmentar seguida de anastomose é indicada em gestação ístmica não-rotas, quando se pretende evitar a cicatrização e o estreitamento do istmo causado pela salpingostomia. Essa técnica elimina o risco de trofoblasto persistente e de GE subsequente. Condutas cirúrgicas conservadoras devem ser acompanhadas com β -hCG no pós-operatório para detectar GE persistente, que poderá ser tratada com injeção de metotrexato ou reintervenção cirúrgica.

CONCLUSÃO

A GE é condição clínica prevalente e de importante morbimortalidade em mulheres em idade reprodutiva. A sintomatologia de sangramento genital, associada ou não a dor em baixo ventre e atraso ou distúrbio menstrual, impõem sua investigação imediata, permitindo drástica redução em sua mortalidade.

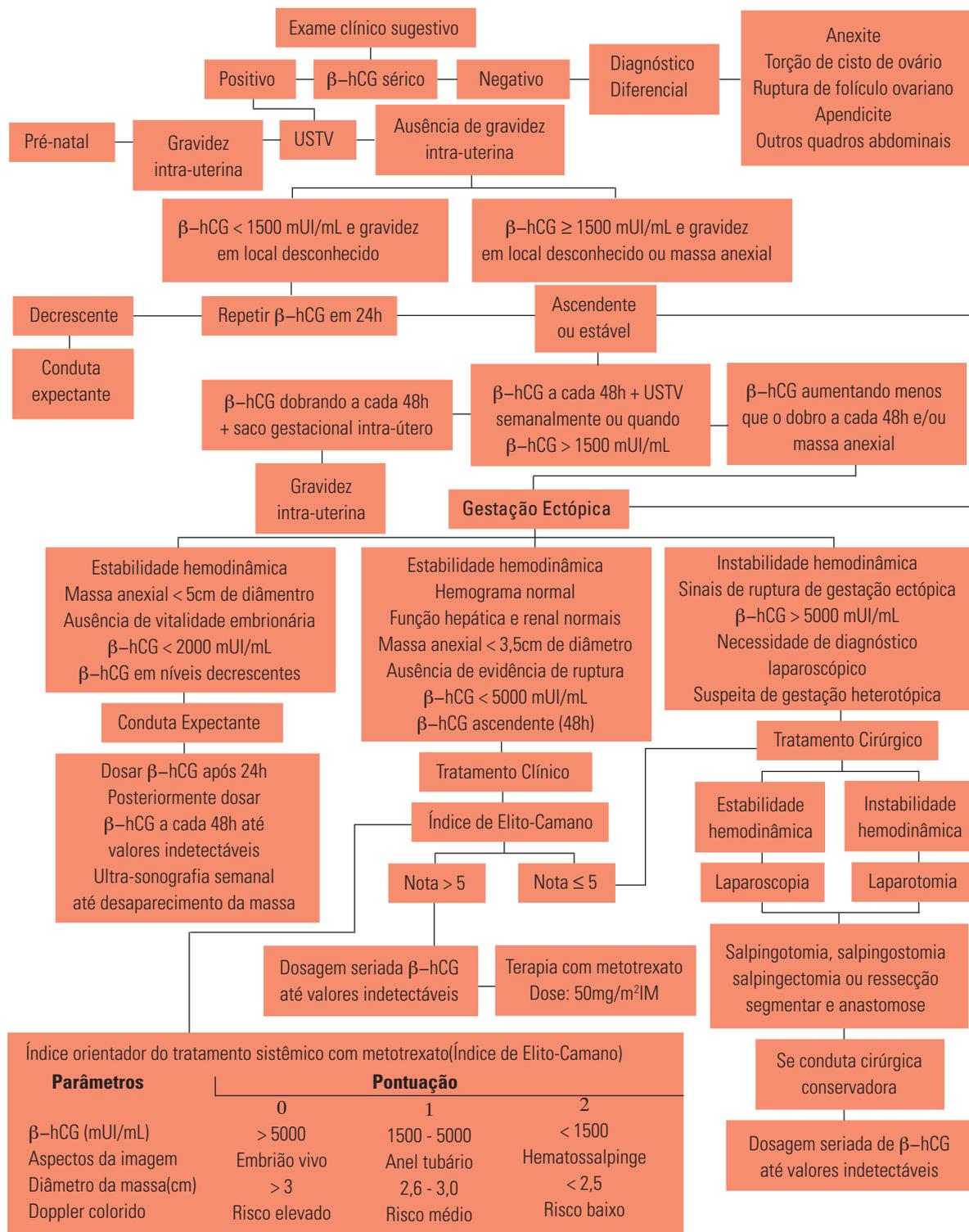


Figura 1 - Diagnóstico E Conduta Na Gravidez Ectópica
 β-hCG: fração beta da gonadotrofina coriônica humana
 USTV: ultra-sonografia transvaginal

REFERÊNCIAS

1. Saraiya M, Berg CJ, Shulman H, Green CA, Atrash HK. Estimates of the annual number of clinically recognized pregnancies in the United States, 1981-1991. *Am J Epidemiol* 1999; 149: 1025-9.
2. Berg and cols. Center for Disease Control and Prevention, 1995.
3. Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Corrêa Júnior MD. *Noções Práticas de Obstetrícia*. 13ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2004.
4. Tay JI, Moore J, Walker JJ. Ectopic pregnancy. *BMJ* 2000; 320:916-19.
5. Ankum W, Van der Veen F, Hamerlynck J, Lammes F. Laparoscopy: a dispensable tool in the diagnosis of ectopic pregnancy? *Hum Reprod* 1993; 8: 1301-06.
6. Beata E, Seeber, Barnhart KT. Suspected Ectopic Pregnancy. *Clinical Experts Series*. University of Pennsylvania.
7. Banerjee S, Aslam N, Woelfer B, Lawrence A, Elson J, Jurkovic D. Expectant management of early pregnancies of unknown location: a prospective evaluation of methods to predict spontaneous resolution of pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108: 158-63.
8. Elson J, Tailor A, Banerjee S, Salim R, Hillaby K, Jurkovic D. Expectant management of tubal ectopic pregnancy: prediction of successful outcome using decision tree analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 23: 552-56.
9. Yao M, Tulandi T. Current status of surgical and non-surgical management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1997; 67: 421-33.
10. Sowter M, Frappell J. The role of laparoscopy in the management of ectopic pregnancy. *Rev Gynaecol Practice* 2002; 2: 73-82.
11. Saraj A, Wilcox J, Najmabadi S, Stein S, Johnson M, Paulson R. Resolution of hormonal markers of ectopic gestation: a randomized trial comparing single-dose intramuscular methotrexate with salpingostomy. *Obstet Gynecol* 1998; 92: 989-94.
12. Sowter M, Farquhar C, Petrie K, Gudex G. A randomized trial comparing single dose systemic methotrexate and laparoscopic surgery for the treatment of unruptured tubal pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108: 192-203.
13. Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical management of ectopic pregnancy: a meta-analysis comparing "single dose" and "multidose" regimens. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 778-84.
14. Hajenius PJ, Engelsbel S, Mol BWJ, et al. Systemic methotrexate versus laparoscopic salpingostomy in tubal pregnancy: a randomised clinical trial. *Lancet* 1997; 350: 774-79.
15. Farquhar C. Ectopic pregnancy. *Lancet* 2005; 366: 583-91.
16. Buster JE, Carson SA. Ectopic pregnancy: new advances in diagnosis and treatment. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1995; 7: 168-76.
17. Lipscomb GH, McCord ML, Stovall TG, Huff G, Portera SG, Ling FW. Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies. *N Engl J Med* 1999; 341: 1974-78.
18. Potter M, Lepine L, Jamieson D. Predictors of success with methotrexate treatment of tubal ectopic pregnancy at Grady Memorial hospital. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1192-94.
19. Bangsgaard N, Lund C, Ottesen B, Nilas L. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2003; 110: 765-70.