



GRAVIDEZ ECTÓPICA

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

- Corresponde à nidacção do ovo fora da cavidade uterina, e incide em 1,5 a 2% de todas as gestações.
- A gravidez tubária responde por 95% dos casos.
- Fora do útero, pode se desenvolver nas trompas (istmica, ampular, infundibular ou fimbriária), no peritônio (abdominal), no ligamento largo (intra-ligamentar) e no ovário (ovariana).
- No útero, fora do seu corpo, pode se implantar no colo (cervical) e no interstício tubário (intersticial ou cornual).

FATORES DE RISCO

- Idade entre 25 e 34 anos
- Infertilidade – risco 4 vezes maior
- Doenças sexualmente transmissíveis, especialmente Chlamydia
- Antecedente de laqueadura ou reconstrução tubária
- Paciente usuária de DIU
- Endometriose

QUADRO CLÍNICO

- As manifestações clínicas surgem tipicamente entre 6 e 8 semanas após o último período menstrual normal, mas podem ocorrer mais tardiamente se a gravidez estiver fora da trompa.
- Os sintomas da gravidez inicial normal também estão presentes: aumento da sensibilidade mamária, náuseas e polaciúria.
- Na maioria das vezes a prenhez tubária íntegra é assintomática e só se manifesta na ocasião da rotura. Já a prenhez abdominal pode evoluir até alcançar o termo.
- Os sintomas clássicos da prenhez ectópica são:
 - Dor abdominal
 - Atraso menstrual
 - Sangramento vaginal irregular

DIAGNÓSTICO E CONDUTA

O diagnóstico da gravidez tubária interrompida é mostrado na tabela que se segue. (Tabela 1)

Formas clínicas	Forma subaguda	Forma aguda
Etiologia	Abortamento tubário	Rotura tubária
Quadro clínico	Inespecífico	Exuberante
Evolução	Insidiosa	Rápida e tumultuada
Dor	Dor abdominal moderada	Dor abdominal intensa
Sangramento	Sangramento vaginal após período de amenorréia	
Sintomas gerais	Inexistentes	Sensação de peso vaginal. Sinais de hipovolemia.
Exame pélvico	Forte dor à mobilização uterina. Dor à compressão do fundo-de-saco.	
Palpação abdominal	Irritação peritoneal localizada ou ausente	Sinais claros de irritação peritoneal. Abdome agudo.
Dosagem de hCG	Freqüentemente positiva	Freqüentemente negativa
Punção do fundo-de-saco	Hemoperitônio. Sangue incoagulável.	
Ultrassonografia	Ausência de saco gestacional intra-uterino. Coleção líquida na pelve. Por vezes tumoração anexial.	

Tabela 1 - Diagnóstico da gravidez tubária interrompida.

Idealmente o diagnóstico deve ser suscitado antes que o quadro clínico se apresente, pois permite diferentes abordagens. (Fluxograma 1).

PRENHEZ TUBÁRIA ÍNTEGRA

- Conduta cirúrgica: laparoscopia ou operação a céu aberto.
- Tratamento conservador: *Methotrexate (MTX)*, 50mg IM em dose única quando:
 - paciente hemodinamicamente estável
 - saco gestacional $\leq 3,5$ cm
 - dosagem de β -hCG ≤ 5.000 mUI/ml
 - ausência de atividade cardíaca fetal.
- Solicitar hemograma e provas de função hepática e renal antes de iniciar o tratamento.
- Cerca de 15 a 20% das pacientes irão necessitar de segunda dose, e menos de 1% de mais de duas doses.
- Dosar o β -hCG no dia 1 (dia da administração) e no dia 7. Administrar segunda dose se não houver queda de 15% do valor obtido no dia 1. Recomenda-se no máximo 3 doses.
- Repetir dosagem semanal do β -hCG até que seja indetectável.
- Durante o tratamento com *MTX* evitar:
 - Toques vaginais (risco de rotura),
 - Relações sexuais
 - Exposição ao sol (risco de dermatite pelo *MTX*)
 - Antiinflamatórios não esteroidais (AINEs), pelo risco de anemia aplástica e toxicidade gastrointestinal quando associados ao *MTX*.

- Conduta conservadora:
 - Pacientes com GE inicial e níveis baixos (< 1.000mUI/ml) de β -hCG são as candidatas.
 - Aproximadamente 20 a 30% das GE estão associadas a níveis decrescentes de β -hCG. Mais de 80% dos casos evoluem para resolução espontânea quando os níveis são inferiores a 200 mUI/ml.
 - O seguimento deve ser feito a cada 48 horas, com dosagem de β -hCG e ultrassonografia transvaginal.

PRENHEZ TUBÁRIA INTERROMPIDA

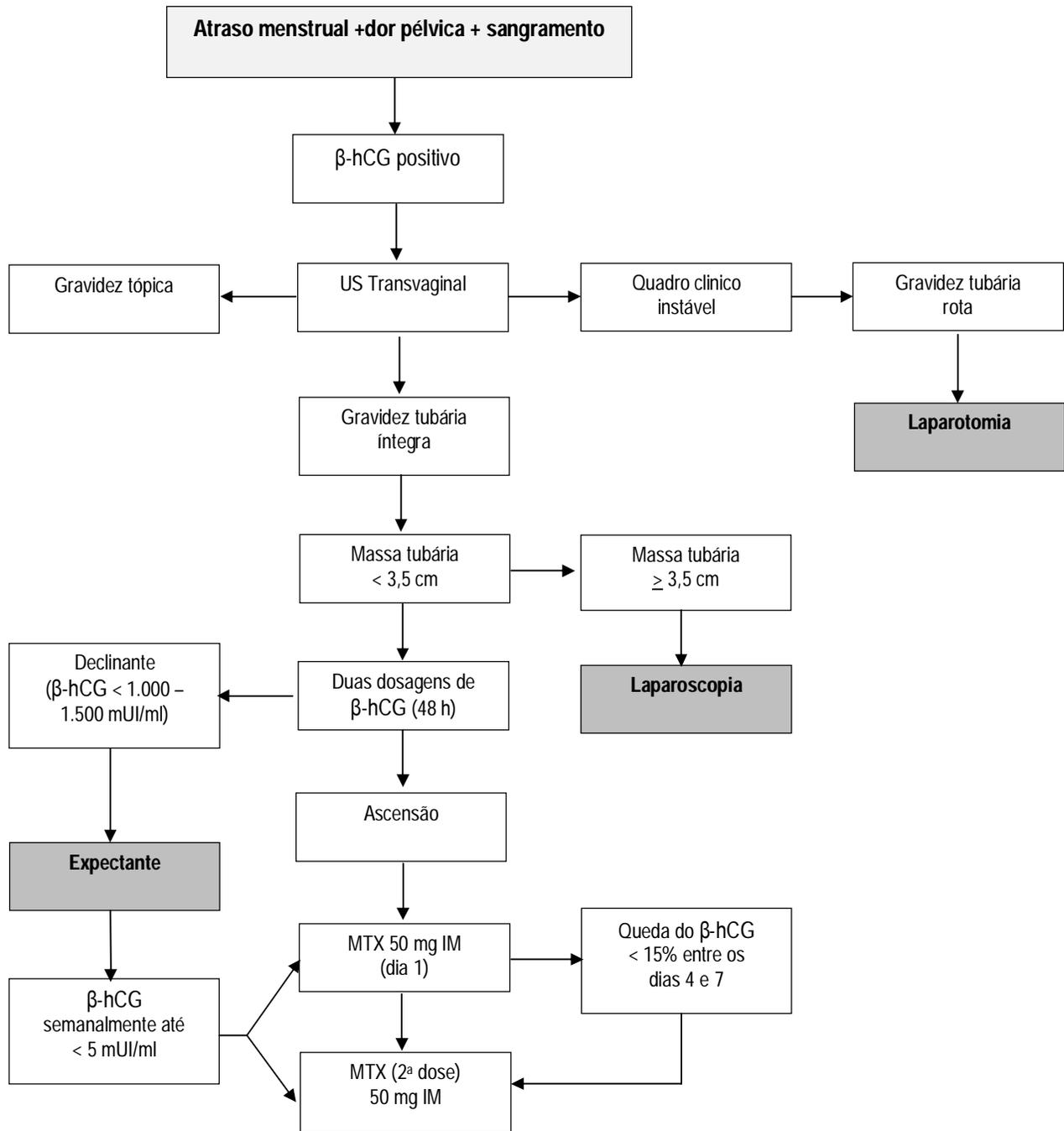
- Avaliação da volemia materna: sinais vitais, hemograma.
- Reposição volêmica e tratamento do choque hipovolêmico.
- Salpingectomia.
- Em casos eventuais admite-se a salpingostomia com microcuretagem tubária e reconstituição da trompa atingida. É conduta alternativa reservada a paciente em boas condições, que deseja filhos e que possui a outra trompa comprometida.

LEMBRETES

- Administrar imunoglobulina anti-Rh para as pacientes Rh negativo e PAI negativa.
- Em 85% das gestações intrauterinas viáveis, a concentração de β -hCG aumenta, no mínimo 66% a cada 48 h durante os primeiros 40 dias da gravidez; apenas 15% das gestações viáveis apresentam elevação inferior.
- A menor taxa de elevação registrada, no período de 48 h e associada a gravidez viável, foi de 53%.
- Todos os casos selecionados para tratamento clínico com MTX devem ser discutidos com a chefia da obstetria.

LEITURA SUGERIDA

- CAHILL, D. J.; SWINGLER, R.; WARDLE, P. G. Bleeding and pain in early pregnancy. In: JAMES, D. (Ed.). **High risk pregnancy: management options**. 4 th ed. St. Louis: Elsevier: Sunders, 2011. p.57-74.
- MONTENEGRO, C. A. B.; DESMARAIS, C. C. F.; REZENDE FILHO, J. Gravidez ectópica. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende obstetria**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabrara Koogan, 2013. p. 390-401
- UPTODATE. **Tests for suspected ectopic.pregnancy**, 2013. Organograma. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=OBGYN%2F80606&topicKey=OBGYN%2F5487&rank=1~150&source=see_link&utdPopup=true>. Acesso em: 19 ago. 2013.



Fluxograma 1 - Diagnóstico e tratamento da gravidez tubária