

Gravidez ectópica tubária esquerda

Ectopic pregnancy in left tube

Maria Fernanda Saka Moreira Dornellas
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
mariaf_saka@yahoo.com.br

Maria Victória Quintas
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
mariavquintas@gmail.com

Natália Marliere
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
natalia.marliere@hotmail.com

Luiza Bastos Souto
Centro Universitario de Volta Redonda - UniFOA
luizacsouto@gmail.com

RESUMO

A gravidez ectópica é chamada de gravidez extra-uterina porque a implantação e o desenvolvimento do ovo na gestação ocorrem fora da cavidade corporal do útero. Por se tratar de uma patologia materna potencialmente fatal, possui grande relevância clínica. Durante o relato de caso e a sua evolução, será abordada a tríade de sintomas que levam a hipótese diagnóstica de gravidez ectópica, quais exames complementares devem ser solicitados, assim como quando cada conduta terapêutica deverá ser tomada para melhor desfecho clínico dessa paciente.

Palavras-chave: Gestação. Gravidez. Gravidez ectópica. Doença gestacional.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is called extra-uterine pregnancy because of the implantation and development of the gestational egg that occurs outside the body cavity of the uterus. As it is a potentially fatal maternal pathology, it has great clinical relevance. During the case report and its evolution, the triad of symptoms that lead to the diagnostic hypothesis of ectopic pregnancy will be addressed, and also which additional tests should be requested, as well as when each therapeutic approach should be taken to achieve a better clinical outcome for this patient

Keywords: Pregnancy. Ectopic pregnancy. Gestational illness.

1 CONTEXTO

A gravidez ectópica consiste na gestação cuja implantação e desenvolvimento do ovo ocorrem fora do corpo do útero. A tuba uterina representa o local mais frequente de ocorrência desse tipo de gravidez, sendo responsável por cerca de 95 a 98% dos casos. Nas gravidezes tubárias, a implantação ocorre na região ampular (70-80%), no istmo (12%), na região do infundíbulo (6 e 11%) e na porção intersticial da tuba (2 a 3%). Já a gravidez ectópica de localização extratubária é considerada uma entidade rara. (ZUGAIB, 2023)

A incidência desse tipo de gravidez aumentou nas últimas décadas, e esse aumento é justificado por dois motivos: aumento da prevalência dos fatores de risco e melhora dos métodos diagnósticos, incluindo a ultrassonografia transvaginal (USTV) e a dosagem sérica da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG), que passaram a identificar com melhor precisão os casos de gravidez ectópica em regressão espontânea, anteriormente não diagnosticados. (ZUGAIB, 2023)

Além disso, a gravidez ectópica pode ser potencialmente fatal, e por isso exige tratamento médico ou cirúrgico rápido para redução de riscos de ruptura da tuba uterina ou outra estrutura, podendo aumentar as chances para desfechos hemorrágicos graves. (TULANDI et al., 2023)

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

Este trabalho está sob o escopo “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.10000.5237.

Paciente, 32 anos, G2P1A1, sendo a via de parto cesárea, tabagista com carga tabágica de 2 cigarros/semana, foi admitida ao Hospital São João Batista dia 10/11/2023, com resultado de ultrassom transvaginal (USTV) realizado dia 09/11/2023 evidenciando gravidez ectópica à esquerda. Durante a anamnese, relatou não ter dado início ao pré-natal e negou sangramento vaginal naquela semana. A data da última menstruação (DUM) foi em outubro de 2023, e em vista da DUM incerta, apresentava idade gestacional desconhecida. Além disso, negou presença de qualquer comorbidade ou uso de medicações, ressaltando apenas que apresentava alergia a medicação Plasil.

Ainda de acordo com o USTV que evidenciou a gravidez ectópica à esquerda, a paciente estava apresentando útero com volume de 79,3 cc, endométrio de 8,4 mm, ovário direito medindo 3,5 cc, ovário esquerdo com medindo 48,4 cc e hiperfluxo ao doppler – medindo 40/35/32 mm – que levantou a sugestão de gravidez tubária.

Ao exame físico do abdome apresentava-se flácido, sem sinais de irritação peritoneal, sem dor à palpação superficial, mas apresentando dor profunda de hipogastrio.

3 TRATAMENTO

Os tratamentos da gravidez ectópica tubária são a terapia farmacológica com metotrexato (MTX) ou o tratamento cirúrgico -sendo este o padrão ouro- através de salpingostomia ou salpingectomia. Será considerada a cirurgia em suspeita de ruptura de tuba, instabilidade hemodinâmica, gravidez ectópica

grande ou por incapacidade de cumprir o seguimento terapêutico com MTX. Apenas um grupo muito específico de pacientes é elegível para conduta expectante, sendo imprescindível diagnóstico precoce e risco de ruptura tubária mínimo. (TULANDI et al., 2023)

Outras indicações para cirurgia são a presença de massa anexial maior que 4 cm de diâmetro e líquido livre na pelve evidenciado em USTV, além de sinais de atividade cardíaca e concentrações de beta-hCG superiores a 5000 UI/L. (FARQUHAR, 2005)

Quando se trata da abordagem cirúrgica, existem duas opções: a salpingectomia (remoção da trompa de falópio) e a salpingostomia (incisão na trompa para remover a gestação tubária, deixando o restante da trompa intacta). Ambas possuem resultados semelhantes, e por isso os benefícios da salpingectomia sobre a salpingostomia são incertos. Tradicionalmente, a salpingectomia tem sido o procedimento padrão, mas a salpingostomia fornece uma opção conservadora. (TULANDI et al., 2023)

4 RESULTADO E ACOMPANHAMENTO

Em vista da USTV mostrar claramente uma massa anexial sugestiva de gravidez ectópica, do quadro clínico apresentado pela paciente e também pela cirurgia envolver um tratamento de menor duração, a paciente foi internada e no dia 10/11/2023 foi realizada salpingectomia à esquerda, além da drenagem de cisto simples em ovário esquerdo, com envio do material para análise histopatológica. A impressão intra-operatória confirmou gravidez ectópica à esquerda rota com pouca quantidade de sangue livre na cavidade abdominal. A paciente evoluiu sem intercorrências em pós-operatório imediato, com boa aceitação de dieta, diurese presente, estável clinicamente e sem queixas. Ao exame físico pós-operatório, apresentava o abdome flácido, indolor e sem sinais de peritonite.

No momento da alta hospitalar, que ocorreu no dia 11/11/2023, foram feitas orientações gerais. Foram prescritos sintomáticos para o uso a nível domiciliar: ibuprofeno 300 mg três vezes ao dia, luftal quatro vezes ao dia, dipirona 500 mg em caso de dor e o uso tópico de álcool 70% na ferida operatória.

5 DISCUSSÃO

A gravidez ectópica consiste em uma gravidez extrauterina, e a tuba uterina representa o local mais frequente de ocorrência de gravidez ectópica (cerca de 95 a 98% dos casos). Nas gravidezes tubárias, a implantação ocorre na região ampular, no istmo, na região do infundíbulo e na porção intersticial da tuba. A sua forma extratubária é uma entidade rara, mas pode ocorrer em locais como o colo do útero, miométrio, ovário ou abdômen. (ZUGAIB, 2023)

Qualquer fator de risco que cause lesão tubária ou alterações na função da tuba ao fazer o transporte ovular pode contribuir para a ocorrência de uma gravidez ectópica. A doença inflamatória pélvica (DIP), por exemplo, é um dos fatores de risco que podem estar associados. As infecções genitais causadas por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* podem gerar esses tipos de alterações, principalmente se for infecção recorrente. Como consequência, há obstrução tubária, diminuição do movimento dos cílios, destruição das fímbrias e outras modificações que favorecem a ocorrência da gestação extrauterina. (MARTINS-COSTA, 2017)

O uso de dispositivo intrauterino (DIU) também pode estar associado a gravidez ectópica, mesmo apresentando grande eficácia na prevenção da gravidez tópica. No entanto, na falha do método, o risco de

gravidez ectópica é de 1:2 para DIU de levonogestrel, 1:16 para DIU de cobre e 1:50 para aquelas mulheres que não fazem uso de anticoncepção. (MARTINS-COSTA, 2017)

Outros fatores de risco incluem realização de cirurgia tubária prévia como salpingostomia, reanastomose, fimbrioplastia e lise de aderências. Ademais, também é incluído como fator de risco a paciente apresentar antecedente de gravidez ectópica. Essas mulheres apresentam risco seis a oito vezes maior de nova gravidez extrauterina. (ZUGAIB, 2023)

Nas gestações através da reprodução assistida, 2% a 8% apresentam risco de serem ectópicas. Isso é explicado pelo aumento da concentração de estrogênio no sangue, que pode interferir no mecanismo de transporte tubário, alterando a motilidade nas tubas e facilitando a retenção do ovo em sua extensão. Por último, outro fator associado é a anticoncepção de emergência com levonorgestrel, que também altera a motilidade tubária, causando retardo na chegada do ovo à cavidade endometrial. (ZUGAIB, 2023)

O quadro clínico da gravidez ectópica possui uma tríade de sintomas que incluem atraso menstrual, sangramento vaginal e dor pélvica, que podem estar associados ou não a sinais de instabilidade hemodinâmica. Durante o exame físico, é imprescindível a busca ativa por sinais como palidez, sudorese e hipotensão postural. Quanto ao exame físico, é recomendado fazer o exame especular para descartar outras causas de sangramento, assim como realizar o toque vaginal bimanual, que pode mostrar achados sugestivos de gestação (amolecimento do colo uterino e aumento do órgão), dor uterina, nos anexos, e/ou palpação de massa anexial, auxiliando no esclarecimento diagnóstico. (LOPES RAMOS et al., 2023)

A dosagem sérica quantitativa do beta-hCG com os achados da USTV determinam o diagnóstico desse tipo de gestação. Evidências mostram que a USTV é o exame de imagem mais útil para detectar a localização da gestação, além de auxiliar a identificação de líquido livre intra-abdominal e de massas anexiais. (LOPES RAMOS et al., 2023) Além disso, a medida quantitativa do beta-hCG levou, em associação com a USTV, a uma redução na necessidade de laparoscopia diagnóstica, podendo iniciar precocemente a terapia medicamentosa com MTX, sendo essa abordagem mais conservadora. Esses exames, portanto, devem ser solicitados nas pacientes apresentando a tríade típica dos sintomas da gravidez ectópica para que o tratamento seja feito corretamente. (FARQUHAR, 2005)

6 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

A maioria dos casos de gravidez ectópica são tubários. É mais comum acontecer esse quadro em que região anatômica da tuba uterina?

- a) Ístmo
- b) Ampola
- c) Interstício
- d) Infundíbulo

Resposta: letra b.

Sobre a gravidez ectópica, considere as afirmativas a seguir:

I. O diagnóstico de gestação ectópica deve ser considerado em sangramento vaginal, dor abdominal e atraso menstrual

II. O principal local acometido seria a região ístmica da trompa, seguida pela ampola.

III. Quando há falha contraceptiva, a probabilidade de desenvolver gravidez ectópica é maior nas usuárias de DIU quando comparada a mulheres que não utilizam contracepção.

IV. O metotrexato é uma opção terapêutica se a paciente apresentar estabilidade hemodinâmica e massa anexial pequena.

São afirmativa (as):

I, III e IV

II, III e IV

I, II e III

I, II e IV

Todas as afirmativas

Resposta: letra a.

Qual a tríade de sintomas constituem um quadro clássico de gravidez ectópica?

Resposta: sangramento vaginal, dor abdominal e atraso menstrual.

REFERÊNCIAS

TULANDI, Togas et al. Ectopic pregnancy: expectant management of tubal pregnancy. [S. l.], 13 jun. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-expectant-management-of-tubal-pregnancy?search=ectopic%20pregnancy%20&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6. Acesso em: 17 nov. 2023.

TULANDI, Togas et al. Ectopic pregnancy: choosing a treatment. [S. l.], 29 jun. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-choosing-a-treatment?search=ectopic%20pregnancy%20&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3. Acesso em: 17 nov. 2023.

GESTAÇÃO ectópica: Introdução, conceito e classificação. In: MARTINS-COSTA, Sérgio. Rotinas em Obstetrícia. 7. ed. [S. l.]: Artmed, 2017. cap. 37, p. 653-662.

GRAVIDEZ Ectópica: Introdução, conceito e classificação. In: ZUGAIB, Marcelo. Zugaib Obstetrícia. 5. ed. [S. l.]: Manole, 2023. cap. 30, p. 585-609.

FARQUHAR, C. M. Ectopic pregnancy. The Lancet, [S. l.], p. 583-591, 13 ago. 2005. DOI doi:10.1016/s0140-6736(05)67103-6. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)67103-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)67103-6/fulltext). Acesso em: 20 nov. 2023.

GESTAÇÃO ectópica. In: LOPES RAMOS, José Geraldo et al. Rotinas em Obstetrícia (Rotinas). 8. ed. [S. l.]: Artmed, 2023. cap. 40, p. 674-681.