

## MANEJO DA GRAVIDEZ ECTÓPICA: REVISÃO LITERÁRIA

### MANAGEMENT OF ECTOPIC PREGNANCY: LITERARY REVIEW

### MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO: REVISIÓN DE LA LITERATURA

Leonardo Naoki Maciel Miki<sup>1</sup>  
Amanda Helena Novaes Saldanha Ruy de Almeida<sup>2</sup>  
Marianna Huguenin Cervantes<sup>3</sup>  
Maria Amália Garcia da Silveira Araújo<sup>4</sup>  
Vinícius Henrique Pereira Dias<sup>5</sup>  
Paula Gabrielle Dias Lopes<sup>6</sup>  
Caroline Miranda Tiso de Melo<sup>7</sup>  
Nathália Lima de Oliveira Silva<sup>8</sup>  
Marcela Sanglard Costa Rufino<sup>9</sup>  
Julia Siano Rossini<sup>10</sup>  
Thaís Dilze Varginha Gomes<sup>11</sup>  
Dayara Gomes Machado<sup>12</sup>

**RESUMO:** A gravidez ectópica é um dos quadros mais frequentes no início da gestação e um dos principais motivos para o aparecimento de queixas de dores abdominais intensas em serviços de emergência. Sua taxa de mortalidade é estimada entre 9% e 20%. A gravidez ectópica ocorre quando o blastocisto se fixa e cresce fora da cavidade uterina, principalmente na tuba uterina. Os sintomas clássicos incluem dor abdominal, sangramento vaginal e alterações no ciclo menstrual. O diagnóstico baseia-se na confirmação da gravidez através da medição dos níveis de beta-hCG no sangue e ultrassonografia transvaginal. O tratamento pode ser cirúrgico (conservador ou radical) ou clínico, e a escolha depende da saúde da paciente, da integridade da gravidez ectópica, dos desejos reprodutivos, entre outros fatores. A conscientização sobre os sinais e fatores de risco, juntamente com o uso de métodos diagnósticos precisos, é fundamental para a identificação precoce e o tratamento adequado da gravidez ectópica. O presente artigo trata-se de uma revisão integrativa de literatura, feita nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e PubMed, utilizando as palavras-chave “gravidez ectópica” e “retinoblastoma e crianças”. A análise compreendeu a revisão de estudos publicados entre 2008 e 2023, abordando diversos aspectos da condição, como epidemiologia, fatores de risco, quadro clínico, diagnóstico, manejo e tratamentos utilizados.

**Palavras-chave:** Gravidez ectópica. Gravidez ectópica rota.

<sup>1</sup>Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amapá – UNIFAP.

<sup>2</sup>Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.

<sup>3</sup>Acadêmica de Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos- UNIFESO.

<sup>4</sup>Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Alfenas -UNIFAL.

<sup>5</sup>Acadêmico de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte- UniBH.

<sup>6</sup>Acadêmica de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF GV.

<sup>7</sup>Acadêmica de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos- UNIPAC.

<sup>8</sup>Acadêmica de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos -UNIPAC.

<sup>9</sup>Acadêmica de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos- UNIPAC.

<sup>10</sup>Acadêmica de Medicina do Centro Universitário Presidente Antônio Carlos- UNIPAC.

<sup>11</sup>Acadêmica de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora- Suprema.

<sup>12</sup>Médica pela Universidade Iguazu – UNIG.

**ABSTRACT:** Ectopic pregnancy is one of the most common conditions at the beginning of pregnancy and one of the main reasons for complaints of intense abdominal pain in emergency services. Its mortality rate is estimated between 9% and 20%. Ectopic pregnancy occurs when the blastocyst attaches and grows outside the uterine cavity, mainly in the fallopian tube. Classic symptoms include abdominal pain, vaginal bleeding and changes in the menstrual cycle. Diagnosis is based on confirming pregnancy through measurement of beta-hCG levels in the blood and transvaginal ultrasound. Treatment can be surgical (conservative or radical) or clinical, and the choice depends on the patient's health, the integrity of the ectopic pregnancy, reproductive desires, among other factors. Awareness of the signs and risk factors, along with the use of accurate diagnostic methods, is essential for early identification and appropriate treatment of ectopic pregnancy. This article is an integrative literature review, carried out in the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and PubMed databases, using the keywords “ectopic pregnancy” and “ruptured ectopic pregnancy”. The analysis comprised a review of studies published between 2008 and 2023, addressing various aspects of the condition, such as epidemiology, risk factors, clinical picture, diagnosis, management and treatments.

**Keywords:** Ectopic pregnancy. Ruptured ectopic pregnancy.

**RESUMEN:** El embarazo ectópico es uno de los cuadros más comunes al inicio del embarazo y una de las principales razones detrás de quejas de dolores abdominales intensos en servicios de emergencia. Su tasa de mortalidad se estima entre el 9% y el 20%. El embarazo ectópico ocurre cuando el blastocisto se implanta y crece fuera de la cavidad uterina, principalmente en la trompa de Falopio. Los síntomas clásicos incluyen dolor abdominal, sangrado vaginal y cambios en el ciclo menstrual. El diagnóstico se basa en la confirmación del embarazo mediante la medición de los niveles de beta-hCG en la sangre y ecografía transvaginal. El tratamiento puede ser quirúrgico (conservador o radical) o clínico, y la elección depende de la salud de la paciente, la integridad del embarazo ectópico, los deseos reproductivos, entre otros factores. La conciencia sobre los signos y factores de riesgo, junto con el uso de métodos diagnósticos precisos, es fundamental para la identificación temprana y el tratamiento adecuado del embarazo ectópico. Este artículo es una revisión integrativa de literatura realizada en las bases de datos Scientific Electronic Library Online (SCIELO) y PubMed, utilizando las palabras clave 'embarazo ectópico' y 'retinoblastoma en niños'. El análisis abarcó la revisión de estudios publicados entre 2008 y 2023, abordando diversos aspectos de la condición, como epidemiología, factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico, manejo y tratamientos utilizados.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico. Embarazo ectópico roto.

## INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica é uma das ocorrências mais frequentes no início da gravidez é uma das principais razões por trás de dores abdominais intensas nos serviços de emergência. Sua incidência aumentou significativamente de 0,37% em 1948 para 2% das gestações em 1992, e atualmente, tem uma taxa de mortalidade considerável, estimada entre 9% e 20%.<sup>4</sup> A gestação ectópica acontece quando o blastocisto se fixa e cresce fora da cavidade normal do

útero. Geralmente, isso ocorre na tuba uterina, responsável por 98% de todos os casos de gestação ectópica.<sup>2</sup>

Os sinais clássicos da gravidez ectópica incluem dor abdominal, sangramento vaginal e atraso ou irregularidade no ciclo menstrual. A dor abdominal, geralmente a queixa mais comum, varia de cólicas leves a dores intensas, dependendo da situação da gravidez ectópica. O sangramento vaginal, muitas vezes discreto, acontece devido à descamação do revestimento do útero, causada pela produção irregular do hormônio gonadotrofina coriônica humana (hCG). Para diagnosticar uma gravidez ectópica, é necessário primeiro confirmar a gravidez, observando que os níveis do hormônio beta-hCG no sangue tendem a ser menores do que em gestações uterinas do mesmo estágio. Geralmente, uma única medição do beta-hCG não é conclusiva, mas um aumento de 66% nos níveis, medidos após 48 horas, indica a probabilidade de uma gravidez dentro do útero quando a localização é incerta.<sup>2</sup>

O exame físico poderá revelar dor, defesa e/ou dor à descompressão a palpação abdominal e dor à mobilização uterina e de anexos, assim como massa anexial ao toque vaginal. Embora o exame físico seja de extrema valia, este, em pacientes com gestações ectópicas iniciais e não rotas, pode ser normal e a gestação extrauterina ser descoberta apenas como um achado casual à ecografia.<sup>5</sup>

As manifestações clínicas típicas comumente surgem entre a sexta e oitava semana após o período da última menstruação, mas pode ocorrer mais tardiamente, principalmente na prenhez ectópica não tubária.<sup>5</sup>

Desconfortos da gravidez normal, como sensibilidade mamária, polaciúria, náuseas, podem ocorrer concomitantemente. A tríade sintomática típica inclui: sangramento vaginal e dor abdominal após período de amenorreia, quadro este confundível com abortamento espontâneo.<sup>5</sup>

Deve-se suspeitar em qualquer mulher em idade reprodutiva com esses sintomas, especialmente naquelas que têm algum fator de risco. Na presença de sinais de choque suspeita-se de ruptura tubária, podendo resultar em hemorragia intra-abdominal severa, a qual limita as opções de tratamento e aumentam a morbimortalidade materna.<sup>5</sup>

## MÉTODOS

O presente artigo trata-se de uma revisão integrativa de literatura. Foram utilizadas as bases de dados como Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e PubMed para a

busca de artigos, utilizando-se as palavras-chave “gravidez ectópica” e “gravidez ectópica rota”.

Foi feita uma seleção de artigos publicados entre os anos de 2006 a 2022 nas línguas portuguesa e inglesa, os quais abrangiam as seguintes temáticas: epidemiologia, fatores de risco, quadro clínico, diagnóstico, manejo e tratamentos utilizados na gravidez ectópica.

## DISCUSSÃO

A gravidez ectópica tornou-se uma preocupação de saúde pública devido ao aumento significativo na sua incidência e às graves complicações associadas a este quadro, incluindo altos índices de morbidade e mortalidade. Esse aumento na ocorrência pode ser atribuído ao crescimento da prevalência de fatores de risco e ao aprimoramento dos métodos diagnósticos.<sup>2</sup>

A ruptura da anatomia tubária normal é a principal causa de gravidez ectópica rota. Isso ocorre como consequência de diversos fatores como cirurgia, infecção ou tumores.<sup>6</sup> O reconhecimento precoce da gestação ectópica é crucial para diminuir o risco de ruptura das trompas e aumentar a eficácia das abordagens de tratamento mais conservadoras.<sup>3</sup> É fundamental estar atento, em especial, às pacientes que apresentam fatores de risco, tais como gestação ectópica prévia, história de doença inflamatória pélvica prévia, antecedente de cirurgia ginecológica, infertilidade, uso de dispositivos intrauterinos, antecedente de placenta prévia, antecedente pessoal de tabagismo, história recente de fertilização in vitro, anomalias uterinas congênitas, endometriose e exposição a dietilstilbestrol.<sup>4</sup>

Os sinais clínicos típicos geralmente se manifestam entre a sexta e a oitava semana após a última menstruação, embora possam surgir mais tarde, especialmente em gestações ectópicas fora das trompas uterinas. Alguns sintomas comuns da gravidez normal, como aumento da sensibilidade mamária, micção frequente e náuseas, podem estar presentes simultaneamente aos sintomas gerados pela gravidez ectópica.<sup>5</sup>

A tríade sintomática característica desse quadro engloba sangramento vaginal, dor abdominal e amenorreia, sintomas que podem ser confundidos com um aborto espontâneo. É importante considerar a possibilidade de gravidez ectópica em qualquer mulher em idade reprodutiva que apresente estes sintomas. Durante o exame físico, podem ser identificados sinais como dor, sensibilidade e/ou desconforto à palpação abdominal, além de sensibilidade ao toque uterino e estruturas adjacentes, incluindo a presença de uma massa anexial durante o exame vaginal.<sup>5</sup>

Para diagnosticar uma gravidez ectópica, o primeiro passo é confirmar a gravidez e, nesse contexto, o principal indicador laboratorial para esta condição é a medição dos níveis séricos de  $\beta$ -hCG, que demonstra um aumento de pelo menos o dobro dentro de um período de 48 horas em mulheres com gestação normal até 9 a 11 semanas. Após 12 semanas, esses valores se estabilizam, chegando a níveis que perduram até aproximadamente 20 semanas, momento a partir do qual começou a diminuir progressivamente. Por outro lado, em casos de implantação ectópica do embrião, a elevação nos níveis séricos é mais gradual. Se o aumento for inferior a 50% dos valores anteriores, há uma alta probabilidade de anormalidade na gravidez, podendo ser um aborto em curso dentro do útero ou uma gestação ectópica.<sup>5</sup>

A ultrassonografia, aliada a estas medições seriadas do beta-hCG, desempenha um papel crucial no diagnóstico precoce da gravidez ectópica, o que pode reduzir os riscos de complicações graves. A suspeita de gravidez ectópica surge quando a ultrassonografia transvaginal não revela uma gestação dentro do útero, enquanto os níveis sanguíneos de beta-hCG são iguais ou superiores a 1500 UI/L.<sup>5</sup>

Com uma sensibilidade variando de 54% a 92%, os achados ultrassonográficos possíveis incluem: espessura endometrial menor do que o esperado em gestações uterinas normais, visualização de um embrião com atividade cardíaca situado fora do útero, imagem anexial parecida com um saco gestacional (chamada de anel tubário), presença de formação sólida ou complexa nas estruturas anexiais (como hematossalpinge ou hematoma pélvico) e observação de fluido livre na cavidade peritoneal.<sup>2,5</sup>

O tratamento pode ser cirúrgico (sendo radical ou conservador) ou clínico (medicamentoso ou expectante), sendo escolhido com base no estado de saúde da paciente, na integridade da gravidez ectópica, na presença ou ausência de batimentos cardíacos no embrião, nos desejos reprodutivos da paciente, no local e no tamanho da gravidez ectópica, e nos níveis de beta-hCG.<sup>5</sup>

A maioria das pacientes diagnosticadas com gravidez ectópica costuma receber tratamento clínico ou cirúrgico devido ao alto risco de ruptura e complicações. A abordagem expectante, atualmente, é aplicada apenas a um grupo restrito de pacientes que se encontram estáveis do ponto de vista hemodinâmico, apresentam uma massa anexial menor que 3,5 cm e níveis de  $\beta$ -HCG inferiores a 5.000 mUI/ml. É importante ressaltar que muitas gravidezes ectópicas se resolvem espontaneamente, resultando no que é chamado de aborto tubário.

Nestes casos, é necessário um acompanhamento dos níveis decrescentes do  $\beta$ -HCG em pacientes estáveis.<sup>2,5</sup>

O tratamento cirúrgico pode ser realizado por videolaparoscopia ou laparotomia, adotando abordagens conservadoras (como a salpingostomia) ou radicais (como a salpingectomia).<sup>5</sup>

As indicações para terapia cirúrgica incluem: instabilidade hemodinâmica; gravidez ectópica já rompida ou com risco iminente de ruptura; contra-indicações ao uso de Metotrexato; presença de gravidez intrauterina simultânea.<sup>5</sup>

Na ausência desses critérios, a opção terapêutica preferencial é o tratamento medicamentoso. Além disso, as candidatas à terapia farmacológica devem apresentar níveis de  $\beta$ -HCG inferiores a 5.000 mUI/ml, uma massa anexial menor que 3,5 cm e a ausência de batimentos cardíacos do feto (caso o embrião seja identificado).

O tratamento farmacológico primário é feito com Metotrexato, administrado numa dose única de 100 mg por via intramuscular, podendo ser repetido em sete dias em casos selecionados. O acompanhamento dessas pacientes é realizado com análises sequenciais de  $\beta$ -HCG semanalmente. A ultrassonografia não é rotineiramente recomendada para monitoramento, a menos que haja suspeita de ruptura tubária. A confirmação da eficácia do tratamento é verificada quando os níveis de  $\beta$ -HCG alcançam valores inferiores a 5 mUI/ml.

Durante o período de tratamento, é recomendado evitar relações sexuais e exames pélvicos. Devido ao potencial teratogênico do Metotrexato, é desaconselhada uma nova gravidez nos três meses seguintes ao tratamento.<sup>5</sup>

## CONCLUSÃO

A gravidez ectópica, embora relativamente rara, tem sido mostrada uma preocupação crescente devido ao aumento significativo em sua incidência e nas complicações graves associadas. Este aumento pode ser atribuído a vários fatores, incluindo o aprimoramento dos métodos de diagnóstico e o crescimento na prevalência de fatores de risco. Os sintomas clínicos, como dor abdominal intensa, sangramento vaginal e irregularidades no ciclo menstrual, requerem atenção especial, especialmente em mulheres com histórico de fatores predisponentes.

O diagnóstico preciso é fundamental e depende de proporções cuidadosas dos níveis de beta-hCG (atentando-se ao aumento de 66% nos níveis, medidos após 48 horas) e

ultrassonografias seriadas. A identificação precoce dessa condição é crucial para evitar complicações graves, como a ruptura das trompas, possibilitando um tratamento mais eficaz.

Seus sinais não devem ser ignorados em mulheres em idade reprodutiva, como dor abdominal (desde cólicas leves a dores intensas), sangramento vaginal e atraso ou irregularidade no ciclo menstrual. Portanto, o exame físico é fundamental, podendo indicar dor ou defesa à descompressão e palpação abdominal e dor à mobilização uterina e de anexos.

As opções de tratamento, cirúrgicos ou medicamentosos, são selecionadas com base na condição do paciente, na localização e no estágio da gravidez ectópica, bem como em seus desejos reprodutivos. A abordagem terapêutica escolhida pode variar, desde tratamentos clínicos monitorados até cirurgias cirúrgicas, preservando a saúde do paciente e minimizando os riscos.

O tratamento medicamentoso com Metotrexato, administrado numa dose única de 100 mg por via intramuscular, é dado como o de escolha. Desse modo, pode-se dar prosseguimento com este método não invasivo, porém apenas em casos em que não haja critérios de abordagem cirúrgica e seus níveis de  $\beta$ -HCG estejam inferiores a 5.000 mUI/ml, a massa anexial menor que 3,5 cm e a ausência de batimentos cardíacos do feto.

A conscientização sobre os sinais e fatores de risco associados à gravidez ectópica, juntamente com a disponibilidade de métodos diagnósticos precisos, são cruciais para a identificação precoce e o tratamento adequado, melhorando assim os estágios para os pacientes afetados.

## REFERÊNCIAS

1. ARRUDA, M. DE S.; CAMARGO JÚNIOR, H. S. A. DE .. Gravidez ectópica na cicatriz uterina de cesárea: relato de caso. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 30, n. 10, p. 518–523, out. 2008.
2. BERNARDES, L. S. et al. Unilateral twin tubal ectopic pregnancy: Case report. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 28, 2018. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2459>. Acesso em: 19 set. 2023.
3. ELITO, J Jr. et al. Gravidez ectópica. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). **Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia**, Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas, nº 22, 2018. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/gravidez-ectopica.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.
4. FEBRONIO, E. M. et al.. Gravidez ectópica: ensaio iconográfico com enfoque em achados de tomografia computadorizada e ressonância magnética. *Radiologia Brasileira*, v. 45, n. 5, p. 279–282, set. 2012.

5.FURLANETTI, T. M. et al. Gesta3o Ect3pica: Diagn3stico e Manejo. **Acta m3d**, Porto Alegre, p. 1-5, 2012. Dispon3vel em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882358/gestacao-ectopica-diagnostico-e-manejo.pdf>. Acesso em: 19 set. 2023.

6.SOARES, M. C. C. et al. Tratamento da gravidez ect3pica: uma revis3o integrativa. **International Journal of Development Research**, p. 57663-57666, 30 jul. 2022. Dispon3vel em: <<https://www.journalijdr.com/sites/default/files/issue-pdf/24675.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2023.

7.YELA, A. A.; MARCHIANI, N.. Tratamento conservador da gravidez ect3pica em cicatriz de ces3rea: relato de caso. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetr3cia*, v. 35, n. 5, p. 233-237, maio 2013.