

## **GESTAÇÃO ECTOPICA COMPLICADA TRATADA COM METOTREXATO E INTERVENÇÃO CIRURGICA– RELATO DE CASO**

Lucas Thomaz de Aquino Ribeiro<sup>1</sup>, Camila Rodrigues Pinto<sup>1</sup>, Karoline Danielle Silva de Jesus<sup>2</sup>, Tassia Moara Amorim<sup>2</sup>, Vanessa Moraes Dias<sup>2</sup>.



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v7n1p606-613>

Artigo recebido em 18 de Novembro e publicado em 10 de Janeiro de 2025

### RELATO DE CASO

#### RESUMO

**Introdução:** A gravidez ectópica (GE) caracteriza-se pela implantação do óvulo fora da cavidade uterina, com maior incidência nas tubas uterinas. É a principal causa de morte materna no primeiro trimestre, sendo responsável por cerca de 10% dos óbitos maternos relacionados à gestação. **Objetivo:** Este trabalho objetiva relatar um caso de GE tratado inicialmente com metotrexato, seguido de abordagem cirúrgica devido à evolução clínica desfavorável. **Relato de Caso:** Paciente de 16 anos, G1P0A1, apresentou dor em fossa ilíaca esquerda e níveis de  $\beta$ -hCG elevados. A ultrassonografia evidenciou massa parauterina à esquerda, diagnosticada como GE. Tratamento inicial com metotrexato foi instituído, resultando em declínio dos níveis de  $\beta$ -hCG. Contudo, a paciente retornou com dor pélvica e sangramento vaginal, sendo identificada uma massa complexa em região anexial à esquerda. Após avaliação por ressonância magnética, foi realizada laparotomia com ressecção do ovário e trompa esquerdos. **Discussão:** O manejo da GE envolve diagnóstico precoce e tratamento individualizado. O uso de metotrexato é eficaz em casos selecionados, mas falhas podem ocorrer, especialmente em pacientes com  $\beta$ -hCG elevado ou líquido livre. A necessidade de laparotomia neste caso se deu pela persistência de sintomas e presença de endometriose associada, confirmada pelo exame anatomopatológico. **Conclusão:** Este caso ilustra os desafios no manejo de GE em pacientes jovens, reforçando a necessidade de monitoramento rigoroso, diagnóstico preciso e abordagem multidisciplinar para preservar a saúde reprodutiva.

**Palavras-chave:** Gravidez ectópica, Endometriose, Metotrexato, laparotomia, saúde reprodutiva

# COMPLICATED ECTOPIC PREGNANCY TREATED WITH METHOTREXATE AND SURGICAL INTERVENTION – CASE REPORT

## ABSTRACT

**Introduction:** Ectopic pregnancy (EG) is characterized by implantation of the ovum outside the uterine cavity, with a higher incidence in the fallopian tubes. It is the main cause of maternal death in the first trimester, accounting for approximately 10% of maternal deaths related to pregnancy. **Objective:** This study aims to report a case of EG initially treated with methotrexate, followed by surgical approach due to unfavorable clinical evolution. **Case Report:** A 16-year-old patient, G1P0A1, presented with pain in the left iliac fossa and elevated  $\beta$ -hCG levels. Ultrasound showed a parauterine mass on the left, diagnosed as EG. Initial treatment with methotrexate was instituted, resulting in a decline in  $\beta$ -hCG levels. However, the patient returned with pelvic pain and vaginal bleeding, and a complex mass was identified in the adnexal region on the left. After evaluation by magnetic resonance imaging, laparotomy was performed with resection of the left ovary and fallopian tube. **Discussion:** Management of GE involves early diagnosis and individualized treatment. Methotrexate is effective in selected cases, but failures may occur, especially in patients with elevated  $\beta$ -hCG or free fluid. The need for laparotomy in this case was due to persistent symptoms and the presence of associated endometriosis, confirmed by pathological examination. **Conclusion:** This case illustrates the challenges in managing GE in young patients, reinforcing the need for rigorous monitoring, accurate diagnosis, and a multidisciplinary approach to preserve reproductive health.

**Keywords:** Ectopic pregnancy, Endometriosis, Methotrexate, laparotomy, reproductive health

Instituição afiliada – 1 Hospital Geral (HG) – Cuiabá 2 - Universidade de Cuiabá (UNIC),

Autor correspondente: *Lucas Thomaz de Aquino Ribeiro*

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)



## INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica (GE) é caracterizada pela implantação e desenvolvimento do óvulo fora da cavidade uterina, sendo as tubas uterinas o local mais frequentemente acometido, com incidência de 95 a 98% dos casos. Entre as gravidezes tubárias, a implantação ocorre predominantemente na região ampular (70-80%), seguida pelo istmo (12%), infundíbulo (6-11%) e porção intersticial da tuba (2-3%) (Zugaib, 2023). Além das trompas, a gravidez ectópica pode, embora de forma menos frequente, se localizar nos ovários, regiões abdominais e cervicais, ou no segmento intersticial. Uma condição ainda mais rara é a gestação heterotópica, na qual coexistem uma gravidez ectópica e uma gestação intrauterina (Matos *et al.*, 2018).

Apresenta incidência de 1,5 a 2% das gestações e permanece como a principal causa de morte materna por sangramento durante o primeiro trimestre, sendo responsável por cerca de 10% dos óbitos maternos relacionados à gestação. Desde os anos 1990, a ocorrência geral de GEs varia de 11 a 20 casos para cada 1.000 gestações, o que equivale a um risco aproximado de 2% para todas as gestantes no momento da concepção. Adicionalmente, mulheres que já vivenciaram uma GE apresentam um risco de recorrência até oito vezes maior em gestações futuras. Apesar da redução das taxas de mortalidade associadas a essa condição, que passaram de 1,2 para 0,5 mortes por 100.000 nascidos vivos, a GE ainda é a principal causa de morte materna no primeiro trimestre. Dados recentes, provenientes de estudos realizados em departamentos de emergência nos Estados Unidos, revelam um aumento na incidência de GEs de 11 para 13,7 casos por 1.000 nascidos vivos entre 2006 e 2013, bem como uma elevação de 7% para 8,3% no índice de GEs por 1.000 gestações, reforçando a relevância do tema para a saúde pública.

Os fatores de risco para gestação ectópica incluem cirurgia tubária prévia, gravidez tubária anterior, exposição intrauterina ao dietilestilbestrol (DES), histórico de doença inflamatória pélvica (DIP), cervicite por clamídia ou gonococo, uso atual de dispositivo intrauterino (DIU), cirurgia pélvica anterior, história de infertilidade, ligadura tubária, anormalidade tubária documentada e tabagismo (Baker & Cruz, 2020; Brady, 2017).

O quadro clínico da gravidez ectópica geralmente se inicia com sintomas inespecíficos, como hemorragia no primeiro trimestre, que raramente ultrapassa o fluxo menstrual normal, e dor abdominal ou pélvica que pode variar de nível a grave. Esse quadro pode evoluir para uma gravidez ectópica rota, caracterizada por sinais de choque, como hipotensão, taquicardia e dor à palpação (Hendriks *et al.*, 2020).

O diagnóstico definitivo é estabelecido por meio da ultrassonografia transvaginal seriada e da dosagem dos níveis de beta gonadotrofina coriônica humana ( $\beta$ -hCG). Após a confirmação do diagnóstico, o tratamento pode ser realizado de forma expectante ou



conservadora com metotrexato (MTX), ou de forma cirúrgica através de salpingectomia ou salpingostomia, conforme a gravidade do caso ou contra-indicação do tratamento clínico (Breeze 2016; Hendriks et al., 2020).

O presente trabalho tem por objetivo relatar um caso de gravidez ectópica com conduta estabelecida e tratamento clínico com metotrexato, e abordagem cirúrgica para retirada de massa anexial.

## RELATO DE CASO

R.A.C 16 anos G1P0A1, procurou atendimento médico relatando dor em fossa ilíaca esquerda, ausência de corrimento, ausência de sangramento, com  $\beta$ -hCG quantitativo 4995, ao exame físico apresentava dor à palpação em fossa ilíaca esquerda, a paciente foi internada e submetida à exames laboratoriais e de imagem. Ao Ultrassom transvaginal apresentou imagem ecogênica bem delimitada, arredondada com fluxo de doppler, parauterina à esquerda medindo 1,8x1,9x2,2 cm e volume de 4,0 cm<sup>3</sup>, podendo corresponder a gestação ectópica e fundo de saco posterior livre, neste momento o  $\beta$ -Hcg encontrava-se 6397, ademais VDRL ¼ (tratada anteriormente) e HIV não reagente. No dia subsequente foi realizado a aplicação de uma dose de metotrexato intramuscular, ademais foi realizado o  $\beta$ -Hcg seriado a cada 3 dias tendo quedas progressivas (valores: 5410 | 2796 | 648). Após 7 dias de internação a paciente teve alta com medicações sintomáticas Dipirona 500mg 8/8 horas se dor, Ondansetrona 4mg 8/8h se náuseas ou vômitos e orientações gerais. 15 dias após a alta hospitalar a paciente retornou ao serviço relatando dor em baixo ventre, com irradiação para fossa ilíaca esquerda associados a 4 dias de sangramento vaginal. Ao ultrassom transvaginal foi observado massa mista em região interanexial ocupando fundo de saco posterior, com aspecto multilamelar sem evidencia de vascularização ao doppler colorido, medindo 67x60x88 cm de diâmetro e 185ml de volume, além disso em região adjacente à massa descrita observou-se em região perianexial esquerda identificou-se formação anecoica alongada, de parede espessada contendo grande quantidade de ecos de baixa amplitude, medindo aproximadamente 5,2ml de volume, para melhor avaliação e conduta a paciente foi internada onde foi prescrito o tratamento para doença inflamatória pélvica com metronidazol 1000mg/ dia, doxiciclina 200mg/dia e ceftriaxona 2000mg/dia todos por 14 dias e submetida à uma ressonância magnética de pelve. A RNM demonstrou formação expansiva heterogênea em pelve, de paredes espessas, exibindo áreas císticas de permeio, com alto sinal T2 e restrição à difusão, de aspecto enovelado, adjacente à parede lateral esquerda do útero medindo cerca de 6,9x5,2x4,3cm e volume estimado de 88,1cm<sup>3</sup> associado a pequena quantidade de líquido livre em região de fundo de saco posterior. Optou-se por submeter a paciente à uma laparotomia para avaliação e possivelmente ressecção da massa. Procedeu-se a

laparotomia com ressecção da massa a qual representava o ovário esquerdo e trompa esquerda, na qual foi observada massa de consistência fibroelástica com áreas nodulares irregulares medindo aproximadamente 6,0x5,5x3,0 cm em região anexial esquerda (Figura 1).

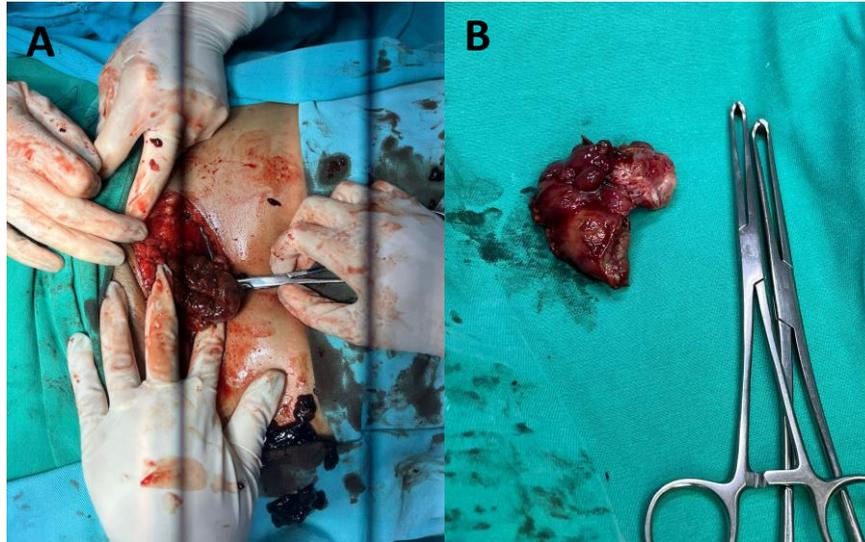


Figura 1: A – Massa em região anexial esquerda com presença de áreas nodulares irregulares.

B – Massa ressecada medindo aproximadamente 6,0x5,5x3,0 cm.

O conteúdo retirado foi encaminhado para anátomo patológico cujo resultado concluiu tratar-se de ovário esquerdo com parênquima ovariano contendo múltiplos cistos foliculares, sem atipias e ausência de neoplasia. A trompa esquerda continha restos ovulares parcialmente necróticos representados por vilosidades placentárias do 1º trimestre em meio à fibrina e múltiplos focos de endometriose na parede tubária, contendo glândulas endometriais dilatadas, sem atipias sem neoplasia. A paciente permaneceu por mais 10 dias internada para completar o tratamento medicamentoso tendo alta médica após a conclusão do mesmo.

#### DISCUSSÃO

A gravidez ectópica continua sendo um desafio clínico significativo devido à sua morbidade potencial e impacto na saúde reprodutiva futura, especialmente em mulheres jovens, como observado no presente caso de uma paciente de 16 anos. Este caso ilustra uma apresentação clínica complexa, com evolução de sintomas após manejo clínico inicial, culminando na necessidade de abordagem cirúrgica.

Do ponto de vista epidemiológico, a paciente apresentava risco aumentado para



GE devido à presença de fatores predisponentes, incluindo a história de doença inflamatória pélvica e os achados laboratoriais de VDRL reagente previamente tratado, indicando infecção prévia por sífilis. A literatura demonstra que a DIP, frequentemente associada a infecções por clamídia ou gonococo, contribui para alterações estruturais e funcionais nas tubas uterinas, predispondo à implantação ectópica (Baker & Cruz, 2020). Além disso, a associação com tabagismo, um fator de risco significativo descrito na literatura, merece investigação adicional, embora não tenha sido relatada no caso atual.

A ultrassonografia transvaginal e a dosagem seriada do  $\beta$ -hCG são pilares para o diagnóstico precoce da GE. No caso relatado, os achados ultrassonográficos iniciais sugeriram fortemente uma gestação ectópica, com massa parauterina e líquido livre em fundo de saco, corroborados pelos níveis elevados e discordantes de  $\beta$ -hCG. A identificação subsequente de uma massa multilamelar no fundo de saco posterior ilustrou uma complicação importante, reforçando a necessidade de monitoramento rigoroso mesmo após o tratamento clínico inicial. A ressonância magnética foi essencial para caracterizar a massa pélvica residual, confirmando sua localização e complexidade. Estudos apontam que a ressonância é uma ferramenta valiosa em casos de diagnóstico incerto ou suspeita de patologias associadas, como endometriose, identificada neste caso (Hendriks *et al.*, 2020).

O manejo inicial com metotrexato (MTX) mostrou-se parcialmente eficaz, com declínio progressivo dos níveis séricos de  $\beta$ -hCG, mas a persistência de sintomas e a evolução para formação de massa pélvica indicaram falha do tratamento conservador. Estudos relatam que a falha terapêutica com MTX pode ocorrer em até 14% dos casos, especialmente em pacientes com níveis de  $\beta$ -hCG iniciais elevados (>5000 mUI/mL) e presença de líquido livre em fundo de saco (Breeze, 2016; Solangon *et al.*, 2023). A necessidade de laparotomia, embora invasiva, foi justificada pela complexidade do quadro e pelas características da massa anexial identificada. A ressecção da trompa e do ovário esquerdo foi necessária devido à destruição tecidual significativa e à presença de endometriose, confirmada pelo exame anatomopatológico. A endometriose tubária, embora incomum, é um achado relevante, sendo frequentemente associada à infertilidade e gestações ectópicas recorrentes.

A idade jovem da paciente e a remoção unilateral do ovário e da trompa levantam preocupações sobre sua fertilidade futura. A literatura aponta que a gestação



ectópica aumenta significativamente o risco de infertilidade e recorrência de GE, especialmente em mulheres submetidas à salpingectomia (Brady, 2017). A abordagem terapêutica deve, portanto, incluir aconselhamento reprodutivo e planejamento para monitoramento rigoroso em gestações futuras (Glasier *et al.*, 2019).

#### CONCLUSÃO

Este caso destaca a complexidade do manejo da gravidez ectópica em adolescentes, envolvendo diagnóstico precoce, monitoramento rigoroso e abordagem terapêutica individualizada. A presença de fatores predisponentes como DIP e endometriose exacerbou o quadro, culminando na necessidade de intervenção cirúrgica. A análise detalhada deste caso contribui para ampliar o conhecimento sobre as implicações clínicas e reprodutivas da GE, além de reforçar a importância do manejo integrado e multidisciplinar.

#### REFERÊNCIAS

1. Baker M, Cruz J. Ectopic pregnancy. *Ultrasound*. 2020.
2. Brady PC. New evidence to guide ectopic pregnancy diagnosis and management. *Obstet Gynecol Surv*. 2017;72(10):618-625.
3. Breeze C. Early pregnancy bleeding. *Aust Fam Physician*. 2016;45(5):283-286.
4. Glasier A, Bhattacharya S, *et al.* Contracepção após a gravidez. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019;98:1378-1385. <https://doi.org/10.1111/aogs.13627>
5. Hendriks E, *et al.* Ectopic pregnancy: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2020;101(10):599-606.
6. Matos Quiala HA, *et al.* Caracterización de embarazo ectópico. *Rev Inf Cient*. 2018;97(6):1100-1110.



7. Solangon SA, et al. Methotrexate vs expectant management for treatment of tubal ectopic pregnancy: an individual participant data meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2023;102(9):1159-1175.

8. Zugaib M. Gravidez ectópica: introdução, conceito e classificação. In: Zugaib M. Zugaib *Obstetrícia.* 5ª ed. [S.l.]: Manole; 2023. Capítulo 30, p. 585-609.