

## ***Gravidez ectópica: abordagens diagnósticas e estratégias terapêuticas***

Fernando Malachias de Andrade Bergamo<sup>1</sup>, Amanda Gomes<sup>2</sup>, Amanda Beatriz da Silva Cerqueira Santos<sup>2</sup>, Diego de Menezes Menegace<sup>2</sup>, Priscila Parente Santos<sup>3</sup>, Ana Vitória Soares Moreira Gomes<sup>4</sup>, Maria Eduarda Clemente da Silva Marinho<sup>5</sup>, Maristela Stockl Ronchi<sup>6</sup>, Gabriela Arruda Navarro Tavares<sup>7</sup>, Davi Arnaud<sup>7</sup>, Marcos Daniel Gomes Oliveira<sup>8</sup>,



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v7n1p1234-1246>

Artigo recebido em 24 de Novembro e publicado em 14 de Janeiro de 2025

### **ARTIGO DE REVISÃO**

#### **RESUMO**

A gravidez ectópica, condição potencialmente grave, representa uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna no início da gestação. Diagnosticá-la precocemente é importante, pois previne complicações graves, a exemplo da ruptura tubária e hemorragia interna. Sabe-se que as estratégias terapêuticas referentes a essa condição devem ser individualizadas, considerando a estabilidade clínica e o desejo de preservação da fertilidade da paciente. Este artigo tem como objetivo discutir os avanços nas técnicas diagnósticas que estão aliadas às estratégias terapêuticas que corroboram para a melhora significativa dos desfechos clínicos. O estudo foi realizado através de uma busca nas bases de dados Medline/PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (Scielo). A questão de pesquisa e a estratégia utilizadas foram baseadas no modelo PICO. Foram incluídos estudos de ensaio clínico, meta-análise, ensaio controlado randomizado, artigos completos, livros e documentos, publicados nos idiomas inglês, espanhol e português, nos últimos 5 anos. Foram encontrados um total de 237 artigos inicialmente. Após as análises e as eliminações das duplicatas, foram analisadas 155 referências por título e resumo, das quais 65 foram incluídas para leitura na íntegra. Após essa etapa, 55 referências foram excluídas. Ao final, 10 estudos foram considerados elegíveis. As evidências disponíveis demonstram que a gravidez ectópica continua sendo um desafio clínico e que exige o aprimoramento contínuo das abordagens diagnósticas e terapêuticas a fim de prevenir complicações, proporcionando qualidade de vida às pacientes.

**Palavras-chave:** Diagnóstico, Gravidez ectópica, Qualidade de vida, Tratamento.

## Ectopic pregnancy: Diagnostic approaches and therapeutic strategies

### ABSTRACT

Ectopic pregnancy, a potentially serious condition, is one of the main causes of maternal morbidity and mortality in early pregnancy. Early diagnosis is important because it prevents serious complications, such as tubal rupture and internal bleeding. It is known that therapeutic strategies for this condition should be individualized, considering the patient's clinical stability and desire to preserve fertility. This article aims to discuss advances in diagnostic techniques that are combined with therapeutic strategies that contribute to significant improvements in clinical outcomes. The study was conducted through a search in the Medline/PubMed, Virtual Health Library (BVS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO) databases. The research question and strategy used were based on the PICO model. Clinical trials, meta-analyses, randomized controlled trials, full articles, books and documents published in English, Spanish and Portuguese in the last 5 years were included. A total of 237 articles were initially found. After analysis and elimination of duplicates, 155 references were analyzed by title and abstract, of which 65 were included for full reading. After this stage, 55 references were excluded. In the end, 10 studies were considered eligible. The available evidence shows that ectopic pregnancy continues to be a clinical challenge and that it requires continuous improvement of diagnostic and therapeutic approaches in order to prevent complications, providing quality of life to patients.

**Keywords:** Diagnosis, Ectopic pregnancy, quality of life, treatment.

**Instituição afiliada** – Faculdade de Pinhais<sup>1</sup>; Universidade Cidade de São Paulo<sup>2</sup>, Universidade do Estado do Amazonas<sup>3</sup>, Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança<sup>4</sup>, Universidade Mario Pontes Jucá<sup>5</sup>, Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde<sup>6</sup>, Universidade de Fortaleza<sup>7</sup>, Universidade<sup>8</sup>,

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



## INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica (GE) corresponde a gestação cuja implantação e desenvolvimento do embrião ocorrem fora da cavidade uterina. Em termos anatômicos, sabe-se que a região da tuba uterina, subdividida em área intersticial, ístmica, ampular e fimbrial, representa o local mais frequente da ocorrência desse fenômeno, correspondendo a cerca de 95 a 98% dos casos. Além da localização tubária, o ovo embrionário pode situar-se nas zonas do abdome e da cicatriz cesariana, porém com menor frequência (Zugaib Obstetrícia, 2023).

É válido salientar que inúmeros fatores de risco (Tabela 1) influenciam o desenvolvimento de uma gestação ectópica, a saber: início precoce da atividade sexual, endometriose, uso de dispositivo intrauterino, cirurgia tubária prévia, antecedentes de gravidez ectópica, procedimentos relacionados à reprodução assistida, anticoncepção de emergência, múltiplos parceiros sexuais. Destaca-se ainda a influência da doença inflamatória pélvica (DIP), oriunda de infecções vaginais causadas pelos agentes *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, as quais apesar de preveníveis e remediáveis, são responsáveis por grande parte dos casos de GE.

**Tabela 1** - Fatores de risco da gravidez ectópica.

Doença inflamatória pélvica (principalmente causada por <i>Chlamydia trachomatis</i> e <i>Neisseria gonorrhoeae</i> )
Uso de dispositivo intrauterino (DIU)
Cirurgia tubária prévia (salpingostomia, reanastomose, fimbrioplastia e lise de aderências)
Antecedente de gravidez ectópica
Procedimentos relacionados à reprodução assistida (fertilização in vitro)
Anticoncepção de emergência (uso do levonorgestrel)
Início precoce da atividade sexual
Antecedente de múltiplos parceiros sexuais
Tabagismo
Endometriose

**Fonte:** Elaboração própria.

Em termos clínicos, a GE pode ser identificada por uma tríade de sintomas, composta por dor abdominal, sangramento vaginal e atraso ou irregularidade na menstruação. A dor na região abdominal é o quadro mais frequentemente notado, cujas características variam de cólica a dolorimento lancinante. Por conseguinte, perante a presença de tal sintomatologia, é imperativo que haja suspeita de GE quando uma mulher também possuir idade reprodutiva e vida sexual ativa.

O exame físico apresenta variações de acordo com o estado volêmico da paciente.

Dessa forma, pode haver desde a ausência de instabilidade hemodinâmica e normalidade ao exame físico até a presença de choque hipovolêmico, quando há rotura tubária, causa expressiva de mortalidade materna no primeiro trimestre gestacional. Logo, compreende-se que a realização de uma anamnese detalhada e do exame físico completo são elementos fundamentais para o diagnóstico de tal enfermidade.

Destaca-se ainda que, o plano diagnóstico da GE envolve a solicitação de exames subsidiários, entre os principais, destaca-se a detecção de beta-hCG, glicoproteína produzida pelo sinciciotrofoblasto, realizada via urinária ou sanguínea. No entanto, ressalta-se que a dosagem única de beta-hCG não é capaz, independente do seu valor, de diagnosticar a localização da gestação. Ademais, a utilização de aparelhos ultrassonográficos possui papel igualmente relevante na identificação da gestação ectópica de maneira precoce, na qual nota-se, como um dos achados imagéticos, a espessura endometrial significativamente menor em comparação às gravidezes tópicas.

No que diz respeito à terapêutica empregada aos casos de GE, reconhece-se como objetivos o salvamento da vida nos casos de hemorragia e choque hemorrágico e a preservação do futuro reprodutivo das pacientes, alcançada por meio de estratégias mais conservadoras. Vale ressaltar que o tratamento subdivide-se em cirúrgico e clínico, cuja escolha deve ser individualizada a cada caso, a depender da integridade da GE, do estado volêmico da paciente, do anseio reprodutivo, da localização e dimensões da GE.

A terapêutica cirúrgica ainda é a modalidade mais importante e necessária ao manejo da GE, geralmente indicada na presença de GE rota ou em casos de GE íntegra, quando não há indicação para o tratamento clínico. Esta classifica-se em radical, representada pela salpingectomia, e conservadora, realizada através da salpingostomia ou ressecção parcial. Já o tratamento clínico, subdivide-se em medicamentoso e expectante, sendo o primeiro marcado pelo uso de metotrexato, droga quimioterápica que possui atividade antitrofoblástica e antagonista em relação ao ácido fólico, interferindo assim, na divisão celular do ovo embrionário.

A terapêutica expectante, parte do tratamento clínico, é indicada nos casos de GE de pequenas dimensões e quando há beta-hCG em baixos níveis séricos e em declínio evidente. Nessa modalidade de tratamento, a paciente deve receber acompanhamento rigoroso, por meio de dosagens de beta-hCG semanais até a sua negativação sérica. Caso não haja redução significativa desse hormônio, realiza-se encaminhamento para ala cirúrgica ou para clínica.

Tendo em vista a relevância das intervenções terapêuticas e diagnósticas precoces, o presente artigo tem como objetivo elucidar as principais abordagens e estratégias referentes a GE, que são primordiais para preservar o futuro reprodutivo e a qualidade de vida das pacientes. Ademais, por meio deste visa-se destacar a importância do acompanhamento médico contínuo e da educação em saúde no cenário ginecológico.

## **METODOLOGIA**

A busca sistemática da literatura foi conduzida de acordo com as diretrizes dos itens de relatórios preferenciais para revisões sistemáticas e meta-análises PRISMA.

### **Estratégia de busca**

A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline, via PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (Scielo). As estratégias de busca elaboradas e utilizadas nas bases de dados são apresentadas no Quadro 1. Foi realizada uma busca manual nas listas de referências dos estudos relevantes para identificar os artigos elegíveis não encontrados na busca eletrônica. As pesquisas foram realizadas em dezembro de 2024.

Utilizaram-se os seguintes termos de pesquisa, selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): diagnóstico (diagnosis), gravidez ectópica (ectopic pregnancy), tratamento (treatment), conforme descrito e apresentados juntamente com a estratégia de busca utilizada no Medline via PubMed e adaptada aos outros bancos de dados (Quadro 1).

**Quadro 1** - Estratégias utilizadas na busca eletrônica.

Bases de dados	Estratégia de busca	Resultados
Medline (PubMed)	#1 "diagnosis" [Mesh] #2 "ectopic pregnancy" [Mesh] #3 "treatment" [Mesh] #4 #1 AND #2 AND #3 Filtros aplicados: <i>Books and Documents, Clinical trial, Meta-Analysis, Randomized Controlled Trial</i>	138
BVS	#4 #1 AND #2 AND #3 AND Filtros aplicados: <i>Article</i>	73
Scielo	#4 #1 AND #2 AND #3 AND Filtros aplicados: <i>Article</i>	26
<b>Total</b>	-----	237

**Fonte:** Elaboração própria.

### Questão de pesquisa

A questão de pesquisa e a estratégia utilizadas neste estudo foram baseadas no modelo População, Intervenção, Comparação, Desfecho (PICO), comumente aplicado na prática baseada em evidências e recomendado para revisões sistemáticas.

Dessa forma, mulheres em idade reprodutiva com suspeita ou diagnóstico confirmado de gravidez ectópica foram utilizados como "População"; para "Intervenção", foram considerados estudos sobre métodos diagnósticos e estratégias terapêuticas; para "Comparação", foi adotado diferentes métodos diagnósticos e as diferentes estratégias terapêutica; e como "Desfecho", foram considerados a precisão diagnóstica, tempo para diagnóstico, redução de complicações e mortalidade materna, além de qualidade de vida após o tratamento. Assim, a pergunta final do PICO foi: Quais são as abordagens diagnósticas mais eficazes para a identificação precoce da gravidez ectópica e quais estratégias terapêuticas demonstram melhores resultados clínicos?

### Critérios de elegibilidade

Foram incluídos artigos completos em português, inglês e espanhol, publicados nos últimos cinco anos (2019 a 2024).

Utilizaram-se os seguintes critérios de exclusão: revisões bibliográficas, revisões sistemáticas, relatos de caso e publicações com mais de cinco anos.

### **Seleção dos estudos**

O processo de seleção dos estudos foi realizado por dois revisores independentes, e qualquer divergência foi resolvida por um terceiro revisor. A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa foram avaliados os títulos e resumos das referências identificadas por meio da estratégia de busca e os estudos potencialmente elegíveis foram pré-selecionados. Na segunda etapa, foi realizada a avaliação do texto na íntegra dos estudos pré-selecionados para confirmação da elegibilidade. O processo de seleção foi realizado por meio da plataforma Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>). Todo o processo de inclusão e exclusão considerou as etapas propostas pelo PRISMA FLOW, que podem ser vistas na Figura 1.

### **Estudos incluídos**

Após o processo de seleção, os seguintes estudos foram incluídos: estudos observacionais, estudos de prevalência, estudos prognósticos, estudos diagnósticos, ensaios clínicos controlados, estudos de rastreamento, livros, meta-análises e ensaios controlados randomizados.

### **Extração dos dados**

Para essa etapa foram utilizados formulários eletrônicos padronizados. Os revisores, de forma independente, conduziram a extração de dados com relação às características metodológicas dos estudos, intervenções e resultados. As diferenças foram resolvidas por consenso. Os seguintes dados dos estudos foram inicialmente verificados: autores, ano de publicação, tipo de estudo, amostra, métodos, protocolo de intervenção e grupo controle (caso existisse), desfechos avaliados, resultados e conclusões.

### **Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos**

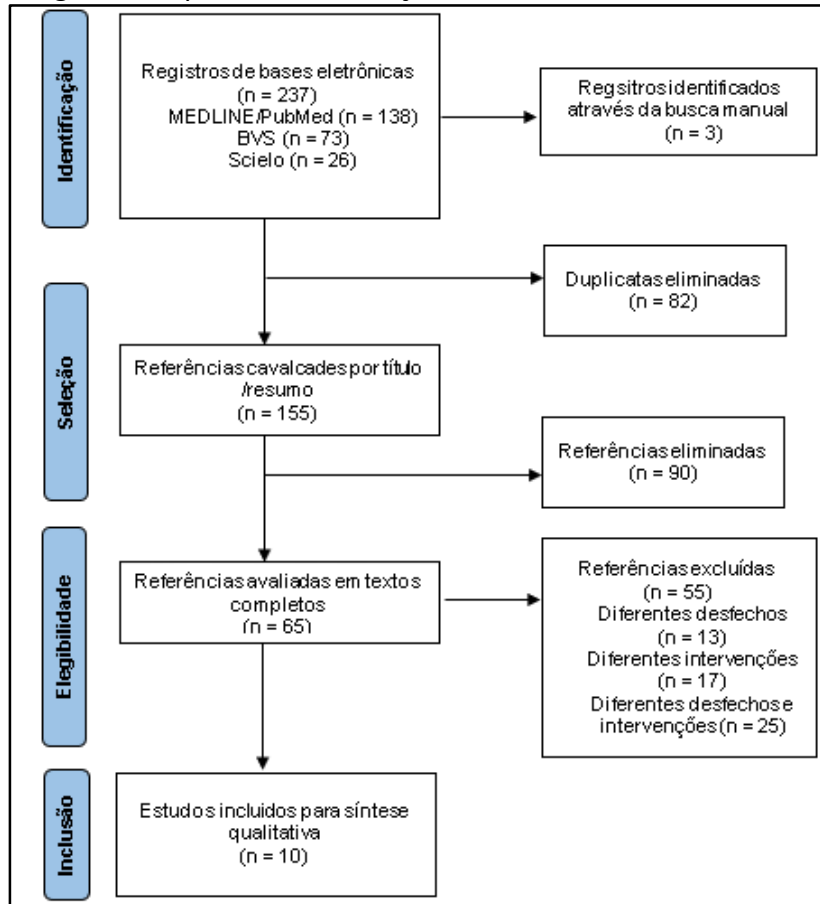
A qualidade metodológica e/ou risco de viés dos estudos foi avaliado de forma independente por dois revisores utilizando as ferramentas apropriadas para cada desenho de estudo, como segue: ensaio clínico randomizado - Ferramenta de Avaliação do Risco de Viés da Cochrane, ensaio clínico não randomizado ou quase experimental - Ferramenta ROBINS-I.

## **RESULTADOS**

### **Resultados da busca**

A busca totalizou 237 registros. Após eliminadas as duplicatas, 155 referências foram analisadas por título e resumo, sendo incluídas 65 referências (que estavam de acordo com a pergunta PICO) para leitura do texto completo. Após essa etapa, 55 referências foram excluídas (diferentes populações, diferentes intervenções e ou desfechos). Ao final, 10 estudos foram considerados elegíveis para a inclusão e foram analisados. O fluxograma com o processo de seleção dos estudos está apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos.



Fonte: PRISMA 2020.

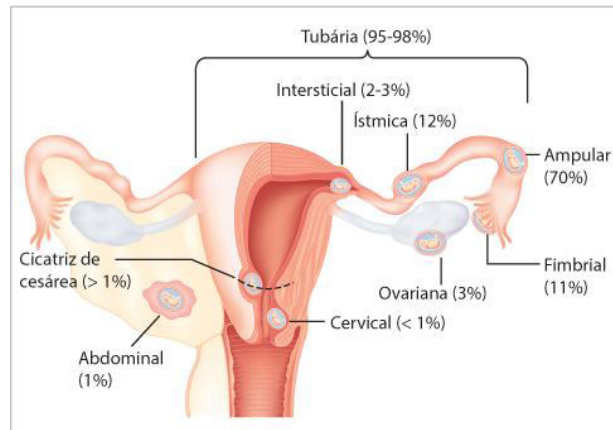
## DISCUSSÃO

A gravidez ectópica é a principal causa de mortalidade materna no primeiro trimestre, com uma incidência de 5% a 10% de todas as mortes relacionadas à gravidez (MULLANY et al., 2023). A crescente incidência da GE nos dias atuais pode ser explicada principalmente por dois motivos: aumento da prevalência dos fatores de risco e melhora dos métodos diagnósticos, em especial a ultrassonografia transvaginal e a dosagem sérica da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG), que identificam casos de GE em regressão espontânea, anteriormente não diagnosticados (Zugaib Obstetrícia, 2023).

A tuba uterina representa o local mais frequente de ocorrência da GE, sendo responsável por cerca de 95-98% dos casos. Além disso, a GE pode localizar-se no abdômen, em cicatrizes uterinas (por exemplo, após cesariana), no colo do útero ou no ovário. Juntas, essas últimas condições são chamadas de gravidez ectópica não tubária (GENT) conforme demonstrado na Figura 2 (NIELSEN; MØLLER; GLAVIND-KRISTENSEN, 2020).

Figura 2 - Locais de implantação e respectivas frequências de ocorrência das gestações ectópicas.





**Fonte:** Zugaib Obstetrícia, 2023 .

No que diz respeito às abordagens diagnósticas referentes a GE sabe-se que a realização de uma anamnese completa, aliada a efetuação dos exames físico e subsidiários, são essenciais para reduzir a multimorbidade relacionada a tal enfermidade. A anamnese, parte primordial do processo diagnóstico, é caracterizada pela investigação dos principais fatores de risco associados à GE, tais como histórico de doença inflamatória pélvica, tabagismo, cirurgia de trompa de falópio, gravidez ectópica anterior (HENDRIKS; ROSENBERG; PRINE, 2020).

Ademais, a investigação da tríade clássica de sintomas relacionados à GE, composta por dor abdominal, sangramento vaginal e irregularidade menstrual são tópicos primordiais a serem abordados na anamnese. A queixa de dor no abdome é o quadro mais frequente, estando presente em quase todas as pacientes, cujas características variam de cólica a dolorimento excruciante. O sangramento vaginal, descrito como brando, vermelho escuro ou acastanhado, ocorre em 60 a 90% dos casos, devido a descamação do endométrio em consequência da produção irregular de hCG, presente na GE. Já a irregularidade na menstruação, último sintoma do quadro clássico, ocorre em 75 a 95% das mulheres portadoras de GE (Zugaib Obstetrícia, 2023).

Dessa forma, é imperativo que na presença de tais sintomas, associados ao fato de a paciente estar no período reprodutivo e possuir vida sexual ativa, a GE seja considerada uma possibilidade. Ademais, o quadro clínico, frequentemente notado em uma gestação tópica, também é visto em pacientes portadoras de GE, a título de exemplos: náuseas, vômitos, alterações intestinais e nas mamas (Zugaib Obstetrícia, 2023).

Os achados do exame físico variam de acordo com o estado hemodinâmico da paciente (Zugaib Obstetrícia, 2023). Podem-se encontrar pacientes com exame físico normal até mulheres com evidente instabilidade hemodinâmica, como por exemplo, hipotensão e taquicardia (HENDRIKS; ROSENBERG; PRINE, 2020). Em situações nas quais não ocorre choque hemorrágico, as variações de pressão arterial e de pulso com a posição da paciente, sentada ou deitada (variação ortostática), são importantes sinais de sangramento. Ao realizar a palpação do abdome, verifica-se dor localizada em um dos quadrantes em caso de GE íntegra, ou generalizada, após a rotura tubária (Zugaib Obstetrícia, 2023).

O exame tocoginecológico pode revelar a presença de sangramento vaginal, geralmente em pequena quantidade. O colo uterino, de forma semelhante ao observado na gestação tópica, em geral se encontra amolecido. O exame do fundo de



saco posterior pode ser extremamente doloroso em virtude do acúmulo de sangue e coágulos na pelve. Na maioria dos casos, o útero apresenta-se de tamanho normal (Zugaib Obstetrícia, 2023).

A GE deve ser considerada como um diagnóstico potencialmente fatal em qualquer mulher em idade fértil que apresente dor abdominal, dor pélvica ou sangramento vaginal (BAKER; DELA CRUZ, 2022). Portanto, a GE deve ser considerada em qualquer paciente que apresente sangramento vaginal ou dor abdominal inferior no início da gravidez em que a gravidez intrauterina ainda não foi estabelecida (HENDRIKS; ROSENBERG; PRINE, 2020). O padrão atual para diagnóstico também inclui imagens de USG e monitoramento do  $\beta$ -hCG (MULLANY et al., 2023). Se o diagnóstico de GE estiver sendo considerado, a USG é uma parte essencial da avaliação diagnóstica (BAKER; DELA CRUZ, 2022) pois é o melhor método de exame para identificar a localização de uma gravidez precoce (PEREIRA et al., 2019).

Mesmo que uma gravidez ectópica não possa ser visualizada na USG, o diagnóstico de uma gravidez intrauterina reduz muito o risco de uma GE estar presente. O sinal mais confiável da GE é a visualização da gestação extrauterina. No entanto, isso é encontrado na minoria das gestações ectópicas (BAKER; DELA CRUZ, 2022). Ademais, o diagnóstico de GE deve ser considerado com níveis elevados de beta hCG com a ausência de uma gravidez intrauterina no ultrassom (BAKER; DELA CRUZ, 2022). A USG que não mostra gravidez intrauterina nem ectópica em uma paciente com teste de gravidez positivo é chamada de gravidez de localização desconhecida (HENDRIKS; ROSENBERG; PRINE, 2020).

É válido salientar que, a  $\beta$ -hCG pode ser detectada na gravidez oito dias após a ovulação. A taxa de aumento nos níveis de  $\beta$ -hCG, normalmente medida a cada 48 horas, pode ajudar a distinguir a gravidez normal da anormal no início. Em uma gravidez intrauterina viável com um nível inicial de  $\beta$ -hCG menor que 1.500 UI/L, há 99% de chance de que o nível de  $\beta$ -hCG aumente em pelo menos 49% ao longo de 48 horas. À medida que o nível inicial de  $\beta$ -hCG aumenta, a taxa de aumento ao longo de 48 horas diminui, com um aumento de pelo menos 40% esperado para um nível inicial de  $\beta$ -hCG de 1.500 a 3.000 UI/L e 33% para um nível inicial de  $\beta$ -hCG maior que 3.000 UI/L por mL. Uma taxa de aumento mais lenta do que o esperado ou uma diminuição nos níveis de  $\beta$ -hCG sugere perda precoce da gravidez ou GE. A taxa de aumento diminui à medida que a gravidez progride e normalmente atinge um platô em torno de 100.000 UI/L na 10ª semana de gestação. Uma diminuição no  $\beta$ -hCG de pelo menos 21% ao longo de 48 horas sugere uma provável gravidez intrauterina malsucedida, enquanto uma diminuição menor deve levantar preocupação com GE (HENDRIKS; ROSENBERG; PRINE, 2020).

As graves complicações que podem ocorrer com um diagnóstico tardio explicam o elevado grau de suspeição que devemos ter com esta patologia. Em caso de dúvidas após o estudo ultrassonográfico, devemos prorrogá-lo solicitando uma ressonância magnética (MORCILLO et al., 2022). Estudos demonstraram que, além da USG e o  $\beta$ -hCG, a ressonância magnética é uma ferramenta de imagem útil para solução de problemas no diagnóstico de GE pois, a avaliação é realizada sistematicamente em todo o abdômen (HONG et al., 2024).

Ademais, solicita-se ainda a dosagem sérica de progesterona, caso haja persistência da dúvida em relação ao diagnóstico de GE. O nível desse hormônio reflete sua produção pelo corpo lúteo, havendo associação com a gestação não evolutiva se os

valores forem inferiores a 10 ng/mL. Vale ressaltar que não há um valor de referência específico para indicar a presença de GE, sendo a verificação desse hormônio reservada após a dosagem de beta-hCG e ultrassonografia (USG), se não houver certeza no diagnóstico (Zugaib Obstetrícia, 2023).

As opções de tratamento para gestações ectópicas confirmadas incluem tratamento médico, cirúrgico e expectante. A metodologia de tratamento escolhida é baseada nos níveis de  $\beta$ -hCG, estabilidade hematológica e risco de ruptura da GE (MULLANY et al., 2023). Não existe um único tratamento eficaz para GE. O manejo apropriado depende de sua localização e da condição do paciente (LEZIAK et al., 2022).

O tratamento farmacológico da GE é baseado principalmente na administração de metotrexato (MTX). Sua ação é baseada na inibição da síntese de DNA em vários estágios do ciclo celular e, conseqüentemente, na morte de células em rápida divisão, incluindo células trofoblásticas. Caso a paciente não seja elegível para terapia com MTX ou se a farmacologia se mostrar ineficaz ou gerar complicações fatais, como ruptura da trompa de falópio, o tratamento cirúrgico será necessário. Embora a eficácia do MTX no tratamento da gravidez ectópica atinja aproximadamente entre 70-90%, dependendo do tipo de regime de tratamento utilizado, o uso do MTX requer condições específicas, tanto em relação ao estado geral do paciente quanto às características da gravidez ectópica (LEZIAK et al., 2022).

Para que a paciente seja qualificada para o tratamento com MTX, nem sintomas que indiquem insuficiência hemodinâmica, nem uma série de outros sintomas concomitantes à ruptura da trompa de Falópio podem estar presentes. Além disso, a coexistência de doenças hepáticas ou renais clinicamente significativas, discrasias da medula óssea, imunodeficiência, úlcera péptica, amamentação e gravidez intrauterina coexistente impede a administração de MTX, devido ao risco elevado de desenvolver reações adversas. Para aumentar a eficácia e a segurança do resultado do tratamento com metotrexato, o nível sérico de  $\beta$ -hCG deve ser inferior a 1500 UI/L, a frequência cardíaca fetal deve ser indetectável e o tamanho do folículo gestacional não deve exceder 35 mm de tamanho (LEZIAK et al., 2022).

Em relação ao tratamento cirúrgico, evidências demonstram que a taxa de sucesso representa 96% dos casos. É a opção de tratamento definitiva e oferece a possibilidade de reparar o defeito uterino. Existem diferentes opções de acesso cirúrgico com a laparotomia, laparoscopia ou histeroscopia, que dependerão da experiência da equipe cirúrgica (MORCILLO et al., 2022). Nos últimos anos, cirurgias minimamente invasivas têm sido realizadas por meio de laparoscopia, com certa vantagem sobre a laparotomia. Segundo estudos que incluem uma metanálise, a laparoscopia está associada a menor perda sanguínea durante a cirurgia, menos dor pós-operatória e menor tempo de internação hospitalar, por isso é considerada uma importante opção cirúrgica. Não há consenso sobre o manejo mais adequado para a GE e, dentre os diversos tratamentos, o tratamento sistêmico com MTX e a cirurgia são os mais utilizados (MIRANDA FLORES, 2024).

As inovações atuais no gerenciamento da GE visam preservar a fertilidade e incluem ressecção tubária parcial laparoscópica com anastomose de ponta a ponta e embolização da artéria uterina com infusão intrauterina de metotrexato. Intervenções psicológicas para melhorar a saúde mental da paciente em torno do diagnóstico e tratamento da gravidez ectópica também são inovações valiosas (MULLANY et al., 2023).



Por fim, reconhece-se o papel da abordagem terapêutica expectante, inserida no âmbito do tratamento clínico, recomendada em casos de gestação ectópica (GE) de dimensões reduzidas, associada a níveis séricos de beta-hCG baixos e em declínio progressivo. Nesse contexto, a paciente deve ser submetida a um acompanhamento rigoroso, que envolve a monitorização semanal das concentrações séricas de beta-hCG até sua completa negativação. Na ausência de redução significativa desses níveis hormonais, procede-se ao encaminhamento para intervenção cirúrgica ou acompanhamento especializado em clínica apropriada (Zugaib Obstetrícia, 2023).

Portanto, nenhuma paciente deve receber alta para casa se houver suspeita de GE. Gravidez ectópica é uma emergência ginecológica comum que normalmente afeta indivíduos saudáveis e pode ter morbidade e mortalidade significativas. O diagnóstico precoce pode ter um impacto significativo na redução da morbimortalidade. É válido mencionar que, o diagnóstico e o tratamento de uma GE são feitos por uma equipe interprofissional, que inclui o médico do departamento de emergência, radiologista, obstetra e enfermeiro (BAKER; DELA CRUZ, 2022).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A gravidez ectópica continua sendo um dos principais desafios na saúde reprodutiva, demandando um diagnóstico rápido e estratégias terapêuticas eficazes para reduzir seus impactos sobre a fertilidade e a qualidade de vida das pacientes. As abordagens diagnósticas, como a ultrassonografia transvaginal e a dosagem de beta-hCG, desempenham um papel crucial na identificação precoce dessa condição, permitindo intervenções oportunas e mais seguras.

O manejo clínico com metotrexato, a cirurgia minimamente invasiva (laparoscopia) e, em casos emergenciais, a laparotomia, oferecem opções versáteis que podem ser adaptadas às necessidades individuais das pacientes. A prevenção e o acompanhamento de fatores de risco, aliados à educação em saúde, são indispensáveis para mitigar a recorrência e melhorar os desfechos reprodutivos.

Por fim, a abordagem integral, que contempla tanto os aspectos físicos quanto emocionais da paciente, é essencial para garantir uma assistência humanizada e eficaz. A evolução contínua nas técnicas diagnósticas e terapêuticas reforça a importância da capacitação profissional e do acesso a recursos avançados para melhorar o prognóstico e preservar o futuro reprodutivo das mulheres afetadas por essa condição.

## **REFERÊNCIAS**

BAKER, M.; DELA CRUZ, J. Ectopic Pregnancy, Ultrasound. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29489174/>.

HENDRIKS, E.; ROSENBERG, R.; PRINE, L. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *American Family Physician*, v. 101, n. 10, p. 599–606, 15 maio 2020.

HONG, J. J. et al. MR Imaging for Ectopic Pregnancy. *Journal of the Korean Society of Radiology*, v. 85, n. 6, p. 1126–1140, nov. 2024.

LEZIAK, M. et al. Future Perspectives of Ectopic Pregnancy Treatment-Review of Possible Pharmacological Methods. *International Journal of Environmental Research and Public*



Health, v. 19, n. 21, p. 14230, 31 out. 2022.

MORCILLO, G. et al. Gestación ectópica sobre cicatriz de cesárea. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1442107>>. Acesso em: 6 jan. 2025.

MULLANY, K. et al. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Women's Health*, v. 19, n. 19, p. 174550572311603, jan. 2023.

NIELSEN, S. K.; MØLLER, C.; GLAVIND-KRISTENSEN, M. [Abdominal ectopic pregnancy]. *Ugeskrift for Laeger*, v. 182, n. 15, p. V08190467, 6 abr. 2020.

PEREIRA, P. P. et al. Pregnancy of unknown location. *Clinics*, v. 74, 2019.

MIRANDA FLORES, A. F. Experiencia en el manejo del embarazo ectópico cornual.

PETRINI, A.; SPANDORFER, S. Recurrent Ectopic Pregnancy: Current Perspectives. *International Journal of Women's Health*, v. 12, p. 597–600, 4 ago. 2020.

Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, v. 70, n. 1, 3 abr. 2024.

ZUGAIB, Marcelo. Zugaib obstetrícia. 5. ed. Barueri: Manole, 2023. E-book. p.585. ISBN 9786555769340.