



Gestação Ectópica: Estratégias Diagnósticas e Terapêuticas no Manejo de uma Emergência Ginecológica

Gabriela Bittencourt Duarte Villela, Silvia Maria dos Passos, Giovanna Lugli Mantovani Perini, Debora Carvalho Santos, Maria Luísa Fernandes Jorge, Flaviane Kimie Katsurayama, Gebes Vanderlei Parente Santos, Alany Isabelle da Silva Sousa, Maria Luiza Cechin Van Santen, Iris Elizabeth Silva Banaszkeski Schmickler, Omilto de Souza Machado Filho, Beatriz de Souza Nunes, Durval José dos Santos Filho



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n10p331-346>

Artigo recebido em 27 de Agosto e publicado em 7 de Outubro de 2025

Revisão de literatura

RESUMO

A gestação ectópica (GE) é caracterizada pela implantação do embrião fora da cavidade uterina, sendo as tubas uterinas o local mais comum. Representa uma importante emergência médica, com risco elevado de ruptura e hemorragia, especialmente em formas atípicas como gravidez cornual, retroperitoneal e em cicatriz de cesárea. A prevalência varia entre 1% e 2% das gestações, com mortalidade significativa no primeiro trimestre. O diagnóstico precoce baseia-se na combinação entre ultrassonografia transvaginal e dosagens seriadas de β -hCG. O tratamento pode ser clínico, com uso de metotrexato, cirúrgico ou expectante, dependendo da estabilidade da paciente, localização da gestação e desejo reprodutivo. Complicações incluem infertilidade, recorrência e risco de morte materna. Este artigo realiza uma revisão narrativa sobre os aspectos clínicos, epidemiológicos, fatores de risco, diagnóstico e tratamento da GE, com enfoque especial nas formas atípicas. A abordagem individualizada e o conhecimento atualizado são fundamentais para um manejo seguro e eficaz.

Palavras-chave: Gravidez ectópica; Gravidez tubária; Obstetrícia.

Gestação Ectópica: Estratégias Diagnósticas e Terapêuticas no Manejo de uma Emergência Ginecológica

Abstract

Ectopic pregnancy (EG) is characterized by embryo implantation outside the uterine cavity, with the fallopian tubes being the most common site. It represents a major medical emergency, with a high risk of rupture and hemorrhage, especially in atypical forms such as cornual, retroperitoneal, and cesarean section scarring. The prevalence varies between 1% and 2% of pregnancies, with significant mortality in the first trimester. Early diagnosis is based on the combination of transvaginal ultrasound and serial β -hCG levels. Treatment may be clinical, with the use of methotrexate, surgical, or expectant, depending on the patient's stability, location of the pregnancy, and reproductive desire. Complications include infertility, recurrence, and risk of maternal death. This article presents a narrative review of the clinical and epidemiological aspects, risk factors, diagnosis, and treatment of EG, with a special focus on atypical forms. An individualized approach and up-to-date knowledge are essential for safe and effective management.

Keywords: Ectopic pregnancy; Tubal pregnancy; Obstetrics.

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





INTRODUÇÃO

A gestação ectópica (GE) é caracterizada pela implantação do blastocisto fora da cavidade endometrial uterina, sendo as tubas uterinas, especialmente a ampola, o sítio mais frequentemente acometido. Trata-se de uma condição ginecológica emergencial de elevada relevância clínica, pois representa uma das principais causas de dor abdominal aguda em gestantes e está associada a risco significativo de ruptura tubária e hemorragia intra-abdominal, configurando uma emergência médica com potencial de letalidade (1,2).

Embora a maioria dos casos ocorra nas trompas de Falópio, a gestação ectópica pode se desenvolver em localizações menos comuns, como ovário, colo do útero e cavidade abdominal. Epidemiologicamente, sua incidência varia entre 1% e 2% de todas as gestações, com taxas estimadas em 20 casos a cada 1.000 gestações confirmadas. No Reino Unido, por exemplo, a incidência registrada é de 11 por 1.000 gestações, com mortalidade materna em torno de 0,2 por 1.000 casos (1,2,3).

A recorrência da gestação ectópica (REP) é uma complicação adicional relevante, com incidência relatada entre 10% e 27%, o que representa um risco entre cinco a quinze vezes maior em comparação com a população obstétrica geral. Essa condição, portanto, impõe importantes repercussões sobre a fertilidade futura e sobre o bem-estar reprodutivo das pacientes (4,5).

Historicamente, a identificação e o manejo da GE evoluíram substancialmente. Em décadas anteriores, a ausência de recursos diagnósticos precoces frequentemente levava a desfechos fatais. Contudo, os avanços na ultrassonografia transvaginal de alta resolução e a introdução de testes quantitativos sensíveis de gonadotrofina coriônica humana (β -HCG) possibilitaram a detecção precoce da maioria dos casos, muitas vezes antes da manifestação clínica exuberante ou da ruptura tubária. Esses progressos permitiram a implementação de estratégias terapêuticas mais conservadoras e seguras, contribuindo para a redução da necessidade de intervenção cirúrgica de urgência e da mortalidade associada.

Apesar desses avanços, a gestação ectópica permanece entre as principais causas de mortalidade materna no primeiro trimestre gestacional. Adicionalmente, está associada a consequências relevantes como infertilidade subsequente e aumento do risco de recorrência, o que reforça sua importância na prática clínica ginecológica e obstétrica (6).

A escolha terapêutica na GE deve considerar múltiplos fatores, incluindo o sítio de implantação, a estabilidade hemodinâmica da paciente, os níveis séricos de β -HCG, o desejo reprodutivo futuro e a presença ou não de ruptura. As opções variam desde o tratamento expectante até intervenções medicamentosas (como o uso de metotrexato) e abordagens cirúrgicas, cuja escolha deve ser individualizada e embasada em evidências científicas atualizadas (6,7,8,9).

Diante da relevância clínica e das implicações reprodutivas da gestação ectópica, este trabalho tem como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura, no que tange os principais conceitos sobre o tema, além de expor os aspectos conceituais, epidemiológicos, fatores de risco e diagnóstico. Como objetivo secundário, o estudo pretende indicar algumas alternativas terapêuticas atuais. A proposta é oferecer uma síntese crítica e atualizada do conhecimento, de modo a subsidiar a tomada de decisão clínica, promover o cuidado seguro e fundamentado em evidências, além de identificar lacunas na literatura que possam direcionar futuras investigações.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma revisão narrativa de caráter crítico e analítico, com o objetivo de explorar e discutir os principais conceitos relacionados às gestações ectópicas. Para a construção do referencial teórico, foi realizada uma busca sistematizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Microsoft Academic Search, entre os meses de março e junho de 2025. A seleção dos estudos utilizou os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Gravidez ectópica; Gravidez tubária; Obstetrícia, bem como seus equivalentes nos idiomas inglês e espanhol, visando ampliar a abrangência e a sensibilidade da busca.



Foram incluídos artigos publicados entre os anos de 2020 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol, que estivessem disponíveis na íntegra. Como forma de complementar a base conceitual da revisão, também foram utilizados livros e manuais clássicos da área, reconhecidos por sua relevância histórica e técnico-científica. A pesquisa inicial resultou na identificação de 100 artigos, os quais passaram por uma triagem em duas etapas. A primeira etapa consistiu na análise dos títulos, resumos e disponibilidade do texto completo, com os seguintes critérios de inclusão: alinhamento com os temas centrais da pesquisa, presença dos descritores selecionados e conformidade com o recorte temporal.

Em uma segunda etapa, foi realizado um refinamento dos artigos com base em critérios metodológicos e de qualidade científica, incluindo: presença simultânea dos três descritores principais, número de citações (como critério indicativo de impacto), clareza e objetividade da linguagem, nível de evidência científica (com preferência por revisões sistemáticas, ensaios clínicos e diretrizes atualizadas) e adequação da metodologia utilizada. Foram excluídos artigos duplicados entre as bases de dados, estudos com abordagem exclusivamente qualitativa, relatos de caso, séries de casos e estudos transversais descritivos com baixa robustez metodológica.

Ao final do processo, foram selecionados 30 artigos considerados relevantes para os objetivos propostos. A distribuição dos estudos por base foi a seguinte: na SciELO, 4 artigos foram identificados, com 1 excluído; no PubMed, 10 artigos foram encontrados, do qual 1 foi excluído; na Microsoft Academic Search, 5 artigos foram analisados, com 1 excluído; por fim, na BVS, 11 artigos foram encontrados, sendo 3 excluídos. Totalizando 24 artigos. Os critérios de exclusão mais frequentes foram a duplicidade entre bases, inadequação metodológica e ausência de relação direta com os objetivos da revisão. A análise final dos artigos selecionados foi realizada de forma qualitativa, com ênfase na interpretação crítica dos achados, identificação de consensos e controvérsias na literatura atual e reconhecimento de lacunas que possam orientar futuras pesquisas na área.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A gravidez ectópica é definida como a implantação do óvulo fertilizado fora da cavidade endometrial uterina, sendo a tuba uterina o local mais comum. Estima-se que sua prevalência varie entre 1% e 2% das gestações nos Estados Unidos; contudo, essa taxa pode ser subestimada em virtude do manejo ambulatorial, frequentemente não notificado de forma sistemática (8,10).

Entre os fatores de risco estabelecidos para a ocorrência de gravidez ectópica, destaca-se o uso de dispositivos intrauterinos (DIUs). Embora a taxa geral de gravidez em usuárias de DIU seja inferior a 1%, quando a gestação ocorre, há uma elevada proporção de implantação ectópica, com prevalência estimada de até 53% nesses casos específicos. Do ponto de vista clínico, os sintomas mais frequentes incluem dor abdominal inferior e sangramento vaginal. A dor é geralmente de caráter cólico, localizada na pelve, podendo evoluir para dor difusa em casos de ruptura tubária com hemoperitônio. O sangramento vaginal decorre da descamação do endométrio decidual, devido à ausência do suporte hormonal adequado (8,11).

O marcador bioquímico mais relevante para o diagnóstico da gravidez ectópica é a gonadotrofina coriônica humana (β -hCG). A avaliação da taxa de elevação desse hormônio é essencial: aumentos mais lentos que o esperado ou quedas atípicas sugerem gravidez não evolutiva ou ectópica. O conceito de “nível discriminatório” refere-se ao valor de β -hCG acima do qual se espera visualizar um saco gestacional intrauterino por meio da ultrassonografia transvaginal. A ausência de imagem compatível nesse contexto eleva a suspeita diagnóstica de gestação ectópica. É importante ressaltar que, em casos de gravidez desejada, deve-se adotar um nível discriminatório mais conservador para evitar o diagnóstico incorreto e a interrupção inadvertida de uma gestação viável (6,7,12).

A gravidez ectópica ovariana é uma forma incomum e clinicamente desafiadora de gestação ectópica, representando uma das localizações mais raras. Seu diagnóstico é dificultado por apresentações clínicas inespecíficas e por limitações nos métodos de imagem, sendo frequentemente identificada de forma incidental durante intervenções

cirúrgicas (9,13). Os fatores predisponentes para a gravidez ovariana coincidem com os de outras formas de gravidez extrauterina, incluindo histórico de doença inflamatória pélvica (DIP), cirurgias tubárias prévias e uso de técnicas de reprodução assistida. Entretanto, existem relatos de casos atípicos que desafiam as explicações tradicionais, como a ocorrência de gravidez ovariana no ovário contralateral ao corpo lúteo funcional ou em mulheres com obstrução bilateral das tubas. Essas situações levantam hipóteses sobre mecanismos alternativos de transporte espermático, incluindo microfistulas entre o útero e a cavidade peritoneal, embora tais teorias permaneçam especulativas. O diagnóstico por imagem, embora útil, não é conclusivo. A ultrassonografia e, em alguns casos, a ressonância magnética, podem indicar suspeita de gravidez ovariana, mas sua confirmação geralmente ocorre intraoperatoriamente. Clinicamente, deve-se manter alto grau de suspeição em qualquer mulher em idade reprodutiva com dor abdominal e teste de gravidez positivo, independentemente da presença de sangramento (9,14).

A maioria dos casos é identificada nas primeiras oito semanas de gestação, embora existam relatos diagnósticos tanto antes do atraso menstrual quanto em fases avançadas, incluindo até 44 semanas. Notavelmente, há casos descritos de gestações ovarianas concomitantes a gestações intrauterinas, o que confere maior complexidade diagnóstica e terapêutica. Complicações graves, como rotura com hemorragia ou, em casos excepcionais, degeneração maligna como o coriocarcinoma, podem ocorrer (1,2,15).

O tratamento de escolha é cirúrgico, com preferência por abordagem laparoscópica, que oferece benefícios como menor tempo de internação, preservação ovariana e menor risco de aderências. Entretanto, a laparoscopia pode ser tecnicamente desafiadora em contextos de sangramento oculto ou presença de aderências anexiais. Além disso, diferenciar uma gravidez ovariana de um corpo lúteo hemorrágico durante a cirurgia exige experiência e atenção aos critérios morfológicos (3,4,15).

4.2 Gravidez Ectópica Retroperitoneal (REP)

A gravidez ectópica retroperitoneal representa uma das apresentações mais raras e complexas de gestação extrauterina, caracterizada pela implantação do blastocisto no espaço retroperitoneal, geralmente próximo a grandes vasos. Essa



localização inusitada confere elevado risco de morbidade e mortalidade materna, sobretudo pela possibilidade de hemorragia de difícil controle cirúrgico. A fisiopatologia da REP ainda não é completamente compreendida. Três mecanismos principais têm sido propostos: (1) perfuração uterina iatrogênica durante técnicas de reprodução assistida, levando à colocação inadvertida do embrião no espaço retroperitoneal; (2) invasão trofoblástica progressiva a partir do peritônio posterior; e (3) disseminação linfática de células embrionárias, analogamente ao comportamento metastático de neoplasias ginecológicas. Essa última hipótese é sustentada pela presença frequente de tecido linfático ao redor das massas ectópicas (2,16).

O diagnóstico da REP é desafiador e frequentemente realizado apenas durante procedimentos cirúrgicos exploratórios. Os exames de imagem, embora úteis, apresentam limitações significativas em identificar implantações retroperitoneais, especialmente em estágios iniciais. A ausência de sinais clínicos específicos e a complexidade anatômica do retroperitônio agravam essa dificuldade (1,2,3).

Devido à sua raridade e gravidade, a gestação ectópica retroperitoneal demanda uma abordagem clínica altamente individualizada, com envolvimento de equipe multidisciplinar e planejamento cirúrgico minucioso, visando reduzir complicações e preservar a integridade materna (17).

A gestação cornual, também denominada gestação intersticial, constitui uma forma rara e particularmente grave de gestação ectópica, caracterizada pela implantação do blastocisto no corno uterino, região lateral do útero situada fora da cavidade endometrial propriamente dita. Essa localização anatômica é notória por sua rica vascularização, conferindo elevado risco de hemorragias potencialmente fatais. Risco Aumentado de Hemorragia: A vascularização da região cornual resulta de anastomoses entre as artérias uterinas e ovarianas, o que acarreta um risco cinco vezes maior de hemorragia grave em comparação com outras formas de gravidez ectópica. Tal potencial hemorrágico torna essa condição uma emergência clínica frequente que demanda intervenção cirúrgica imediata (7,18).

A ultrassonografia transvaginal é o método diagnóstico padrão para a identificação da gestação cornual. Contudo, em situações de dúvida quanto à localização exata ou



suspeita de infiltração em órgãos adjacentes, a ressonância magnética nuclear pode ser empregada como ferramenta complementar para elucidação diagnóstica. O uso do metotrexato (MTX), via sistêmica ou administração local, tem demonstrado alta eficácia no tratamento conservador da gestação cornual, reduzindo a necessidade de intervenções cirúrgicas invasivas e preservando a função reprodutiva (7,19).

Em casos nos quais o tratamento medicamentoso se mostra insuficiente, procedimentos cirúrgicos como cornectomia ou cornostomia são indicados. Tais técnicas envolvem a ressecção da gestação cornual e reconstrução da região uterina, com objetivo de minimizar riscos hemorrágicos e otimizar o prognóstico reprodutivo subsequente (18,19).

A mortalidade materna associada à gestação ectópica permanece uma preocupação relevante, especialmente em gestações localizadas fora das tubas uterinas. Estudos indicam que a mortalidade materna em gestações ectópicas não tubárias é aproximadamente oito vezes superior à observada nas tubárias, em decorrência das complicações hemorrágicas severas e rupturas uterinas que podem evoluir para choque hemorrágico e sepse (2,3,20).

Locais ectópicos atípicos, como a gestação cornual e a gravidez em cicatriz de cesárea (CSP), apresentam alta vascularização, o que eleva substancialmente o risco de hemorragia grave. Nesses casos, intervenções emergenciais, incluindo a histerectomia, podem ser necessárias para controle do sangramento e preservação da vida materna (20).

Os fatores predisponentes para a ocorrência de gestação ectópica são multifatoriais, podendo ser agrupados em dois grandes grupos: fatores anatômicos e fatores Os fatores predisponentes para a gestação ectópica podem ser divididos em anatômicos e relacionados ao estilo de vida e histórico médico da paciente. Entre os fatores anatômicos, destacam-se as anomalias uterinas e tubárias, que incluem alterações estruturais como aderências, cicatrizes ou malformações congênitas das trompas e do útero, as quais interferem no transporte do zigoto e facilitam a implantação ectópica. O histórico de cesárea também é importante, pois cicatrizes uterinas resultantes de cesarianas prévias são fatores significativos para gestação em



cicatriz (CSP), devido à possível formação de tecido fibrótico suscetível à implantação ectópica. Além disso, a doença inflamatória pélvica (DIP) promove inflamação e fibrose tubária, aumentando a incidência de gestação ectópica, especialmente em pacientes com histórico prévio da doença (21).

No que diz respeito aos fatores associados ao estilo de vida e histórico médico, o uso de dispositivos intrauterinos (DIUs), embora eficaz na prevenção da gravidez intrauterina, está correlacionado com risco aumentado de gestação ectópica em casos de falha contraceptiva. As intervenções de medicina reprodutiva, como a fertilização in vitro (FIV), especialmente quando há transferência de múltiplos embriões, elevam a probabilidade de implantação ectópica. O tabagismo é outro fator relevante, pois o consumo de nicotina compromete a motilidade ciliar tubária, dificultando o trânsito do embrião e favorecendo a implantação ectópica. Pacientes com histórico prévio de gestação ectópica apresentam recorrência em 10% a 27% dos casos, com risco cinco a quinze vezes maior em comparação à população geral. Por fim, a idade materna avançada, especialmente mulheres acima de 35 anos, está associada a maior risco de gestação ectópica, possivelmente devido a alterações funcionais tubárias e maior prevalência de comorbidades (22).

As complicações associadas à gestação ectópica são diversas e podem ser graves. A ruptura tubária é um evento crítico, capaz de causar hemorragia interna intensa, choque hemorrágico e, em casos extremos, óbito materno. A hemorragia grave é particularmente prevalente em gestações localizadas em áreas altamente vascularizadas, como na gravidez em cicatriz de cesárea (CSP) e gestação cornual, exigindo frequentemente intervenções cirúrgicas urgentes. O choque séptico pode ocorrer como consequência de aborto séptico e disseminação infecciosa, demandando manejo clínico imediato pela sua gravidade. Além disso, as complicações do tratamento incluem os efeitos adversos sistêmicos decorrentes do uso de metotrexato e os riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos, como perfuração uterina e formação de aderências pélvicas (23).

O diagnóstico precoce é fundamental para o manejo adequado e prevenção de complicações. É o método de escolha para localização da gestação, com alta



sensibilidade e especificidade, especialmente em gestações tubárias e ectópicas atípicas. Na gravidez em cicatriz de cesárea, técnicas avançadas como ultrassonografia tridimensional e Doppler colorido aprimoram a precisão diagnóstica e guiam o manejo clínico (5,6,7). Níveis seriados de β -hCG são essenciais no diagnóstico. Valores elevados acima do nível discriminatório (1.500-2.000 mIU/mL), sem visualização de saco gestacional intrauterino, aumentam a suspeita de gravidez ectópica. Estudos indicam sensibilidade e especificidade da ultrassonografia transvaginal superiores a 87% e 94%, respectivamente, para níveis de β -hCG acima de 3.500 mIU/mL (1,5,20,21). A creatina fosfoquinase, enzima intracelular ligada à integridade celular muscular, apresenta níveis plasmáticos elevados em resposta à lise das células trofoblásticas na gravidez ectópica (15,16,17). A elevação da CPK tem sido correlacionada com a presença de gestação ectópica e pode auxiliar no diagnóstico diferencial com gravidez intrauterina inviável, embora não substitua os métodos tradicionais, como ultrassonografia e dosagem de β -hCG, que ainda apresentam limitações em cerca de 40%-50% dos casos iniciais (3).

O manejo da gestação ectópica pode ser realizado por abordagens médicas ou cirúrgicas, e a escolha depende de fatores clínicos específicos e das preferências da paciente. O tratamento médico mais utilizado é o metotrexato (MTX), administrado por via intramuscular. O MTX é um antagonista do folato que inibe a divisão celular rápida das células trofoblásticas características da gestação ectópica. Existem diversos protocolos de administração, entre eles o esquema de dose única, dose dupla e doses múltiplas. A dose única consiste na aplicação de 50 mg/m² de MTX, com monitoramento dos níveis de β -hCG nos dias 4 e 7 após a administração; se os níveis diminuírem 15% ou mais, considera-se o tratamento eficaz, com acompanhamento semanal. Caso contrário, uma segunda dose pode ser aplicada. O protocolo de dose dupla prevê a administração de MTX nos dias 1 e 4, com monitorização nos dias 4 e 7; se a redução for menor que 15%, doses adicionais podem ser dadas nos dias 7 e 10. Se não houver resposta adequada, está indicada a cirurgia. No regime de doses múltiplas, são administradas doses alternadas de 1 mg/kg nos dias 1, 3, 5 e 7, com avaliação da queda dos níveis de β -hCG; a falha terapêutica indica necessidade de tratamento cirúrgico (23,24,25,26).

O tratamento cirúrgico é geralmente considerado o padrão-ouro, especialmente em situações de instabilidade hemodinâmica, ruptura tubária ou complicações graves.



As principais modalidades cirúrgicas são a salpingectomia, que consiste na remoção total da trompa de Falópio afetada e é indicada em casos de ruptura ou hemorragia significativa para prevenir complicações futuras; e a salpingostomia, que remove apenas a gestação ectópica preservando a trompa, indicada quando a preservação da fertilidade é prioridade. Essa cirurgia pode ser realizada por laparoscopia ou laparotomia, conforme a situação clínica e a localização da gravidez ectópica (1,2,3,23,24).

Para a gravidez em cicatriz de cesárea (CSP), o tratamento cirúrgico evoluiu de uma abordagem inicialmente radical, como a histerectomia, para técnicas mais conservadoras que buscam preservar a fertilidade e reduzir riscos. Entre essas técnicas estão a remoção laparoscópica do tecido gestacional, a evacuação histeroscópica pelo canal cervical, a dilatação e curetagem (D&C) e a aspiração do saco gestacional guiada por ultrassonografia. Cada método apresenta vantagens e riscos, sendo a D&C associada a um maior risco de perfuração uterina e formação de aderências, devendo ser utilizada com cautela (17,22,23,26). Além das abordagens médicas e cirúrgicas, a conduta expectante pode ser considerada para pacientes com níveis baixos e em queda de β -hCG, desde que haja monitoramento rigoroso devido ao risco de ruptura tubária espontânea e necessidade de intervenção emergencial. A probabilidade de resolução espontânea diminui conforme os níveis de β -hCG aumentam, sendo fundamental o esclarecimento dos riscos para a paciente (25).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação ectópica permanece como uma das principais emergências obstétricas do primeiro trimestre, representando risco significativo à vida materna, especialmente em casos de ruptura e hemorragia. Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos nas últimas décadas, os desafios clínicos persistem, particularmente nas formas atípicas, como as gestações ovariana, cornual, retroperitoneal e em cicatriz de cesárea, que exigem alta suspeição clínica e manejo individualizado.



O diagnóstico precoce, por meio da associação entre dosagem seriada de β -hCG e ultrassonografia transvaginal de alta resolução, é fundamental para a redução de complicações, morbidade e mortalidade. A escolha do tratamento deve ser pautada em critérios clínicos bem definidos, considerando a estabilidade hemodinâmica, os níveis hormonais, o desejo reprodutivo e a localização da gestação, com opções que variam entre o tratamento expectante, o uso de metotrexato e intervenções cirúrgicas.

Além de sua relevância clínica imediata, a gestação ectópica impõe repercussões a longo prazo sobre a fertilidade e o bem-estar reprodutivo das mulheres. Assim, o conhecimento aprofundado sobre os fatores de risco, manifestações clínicas e condutas terapêuticas é essencial para a prática ginecológica segura, efetiva e baseada em evidências. Novas pesquisas são necessárias para aperfeiçoar os métodos diagnósticos e ampliar as opções terapêuticas, sobretudo nos casos raros e de difícil acesso cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. BOLAJI, Ibrahim et al. **Two case reports of triple ectopic: Literature review of incidence, risk factors and management of recurrent ectopic pregnancy.** *Ultrasound*, p. 1742271X241299228, 2024.
2. WANG, Zhiqiang; ZHANG, Chun. **Rupture of fetal membrane in ectopic tubal pregnancy: A case report and literature review.** *Medicine*, v. 103, n. 38, p. e39713, 2024.
3. LEZIAK, Milena 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, 2022.
4. HAO, Hong-Juan et al. **Reproductive outcomes of ectopic pregnancy with conservative and surgical treatment: A systematic review and meta-analysis.** *Medicine*, v. 102, n. 17, p. e33621, 2023.
5. KŁOBUSZEWSKI, Bartosz et al. **Advances in treating cesarean scar pregnancy: a comprehensive review of techniques, clinical outcomes, and fertility preservation.** *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, v. 30, p. e943550-1, 2024.
6. SALARI, Nader et al. **Evaluation of treatment of previous cesarean scar pregnancy with methotrexate: a systematic review and meta-analysis.** *Reproductive Biology and Endocrinology*, v. 18, p. 1-15, 2020.
7. TREMMEL, Eileen et al. **Management of non-tubal ectopic pregnancies analysis of a large tertiary center case series.** *Archives of Gynecology and Obstetrics*, v. 309, n. 4, p. 1227-1236,



- 2024.
8. HENDRIKS, Erin; ROSENBERG, Rachel; PRINE, Linda. **Ectopic pregnancy: diagnosis and management.** *American Family Physician*, v. 101, n. 10, p. 599-606, 2020.
 9. ALMAHLOUL, Zukaa et al. **Ovarian pregnancy: 2 case reports and a systematic review.** *Journal of Clinical Medicine*, v. 12, n. 3, p. 1138, 2023.
 10. DE MORAES AMORIM, Isabelle et al. **A general approach to ectopic pregnancy: literature review.** *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 16, p. e10801-e10801, 2022.
 11. DE SOUSA BINO, Ana Camila et al. **Correlation between ectopic pregnancy and the use of intrauterine device.** *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 11, n. 4, p. 2804-2816, 2025.
 12. DE ANDRADE ALBUQUERQUE, Manuelle. **Nursing care for patients with ectopic pregnancy: Literature review.** *Diálogos em Saúde*, v. 6, n. 2, 2023.
 13. MOLENA, Jhon Lennon; MORENO, Marianna Endres; NELLI, Eunice Maria Zangari. **Ectopic pregnancy, symptoms, types, and health risks: A narrative review.** *Research, Society and Development*, v. 12, n. 9, p. e4012943118-e4012943118, 2023.
 14. RIBEIRO, Victoria et al. **Emerging aspects in the imaging diagnosis of ectopic pregnancy: Technological advances and implications.** *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 8, p. 568-577, 2024.
 15. RAMOS, Daiana Pires; FERREIRA, Naruissa Brum; FAGUNDES, Bruno. **Chapter Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Treatment.**
 16. GOPIREDDY, Dheeraj Reddy et al. **Magnetic resonance imaging evaluation of ectopic pregnancy: a value-added review.** *Journal of Computer Assisted Tomography*, v. 45, n. 3, p. 374-382, 2021.
 17. SANTOS, Gleice de Oliveira et al. **Experiences of women about ectopic pregnancy.** 2021.
 18. GRANERO, Guilherme Grabin; DE SOUZA FREITAS, Ana Clara; DE PAULA NETO, Lázaro Luiz. **Cornual ectopic pregnancy with attempted conservative approach.** *Revista Eletrônica Acervo Médico*, v. 24, p. e16325-e16325, 2024.
 19. GRANIERO, Ana Isabela; DE MELO, Livia Maria Casachi Bernardes. **Ruptured cornual ectopic pregnancy of an advanced gestation: a case report.** *Research, Society and Development*, v. 12, n. 1, p. e27112139848-e27112139848, 2023.
 20. DE ARAUJO, Isadora Santos et al. **Epidemiological profile of deaths due to ectopic pregnancy in Brazil between 2000 and 2023.** *Research, Society and Development*, v. 14, n. 3, p. e10914348537-e10914348537, 2025.
 21. DE PAULA, Lucia Thays Lima; MACHADO, Thaís Gabriela Maia; DA COSTA, Ruth Silva Lima. **Etiology and risk factors associated with ectopic pregnancy.** *RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218*, v. 4, n. 5, p. e453203-e453203, 2023.



22. DE SOUSA, Jascyllen Lawanne Costa et al. **Ectopic gestation: Etiopathogenic approach and therapeutic focus.** *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 12, p. 545-560, 2024.
23. MIKI, Leonardo Naoki Maciel et al. **Management of ectopic pregnancy: A literature review.** *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 9, n. 10, p. 4610-4617, 2023.
24. DA SILVA, Uergton Lima et al. **Ectopic Pregnancy: A Literature Review. ID on line.** *Revista de psicologia*, v. 16, n. 61, p. 170-183, 2022.
25. CANCIAN, Gisele de Freitas Vaz et al. **Analysis of intact ectopic pregnancies treated with the single-dose methotrexate protocol.** *FEMINA*, p. 233-239, 2023.
26. XIAO, Chao et al. **Non-surgical management of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis.** *Medicine*, v. 100, n. 50, p. e27851, 2021.