

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.013	
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA	Emissão: 13/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 6	12/02/2025

1. AUTORES

- Denise Ellen Francelino Cordeiro
- Carolina de Alencar Ohi Garcia
- Raimundo Homero de Carvalho Neto
- Jordana Parente Paiva
- Francisco Edson de Lucena Feitosa

2. INTRODUÇÃO

A gestação ectópica é a principal causa de morte materna no primeiro trimestre. Nosso objetivo principal deve ser o diagnóstico precoce, possibilitando o uso de terapias conservadoras e a abordagem antes da rotura tubária.

Definição: implantação do ovo fecundado fora da cavidade uterina.

Incidência: 1,5 a 2,0% das gestações.

Localização:

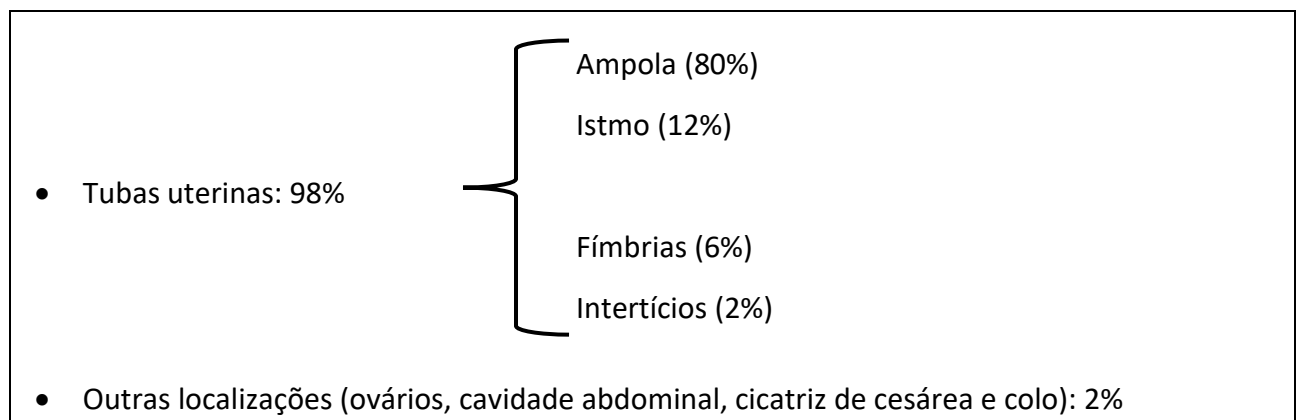


Figura 1: Localização das gestações ectópicas

3. DIAGNÓSTICO

Diante de uma mulher no menacme, com atraso menstrual, sangramento transvaginal e/ou dor abdominal o diagnóstico diferencial de gestação ectópica é imperativo. A abordagem diagnóstica dependerá do estado hemodinâmico da paciente. Nos casos com instabilidade hemodinâmica, a abordagem cirúrgica será tanto diagnóstica quanto terapêutica. Em mulheres hemodinamicamente estáveis, deverá ser realizado de forma não invasiva pela ultrassonografia e dosagem do nível de β -hCG (fluxograma 1). Essa combinação de exames possui alta especificidade (95%) e sensibilidade (97%).

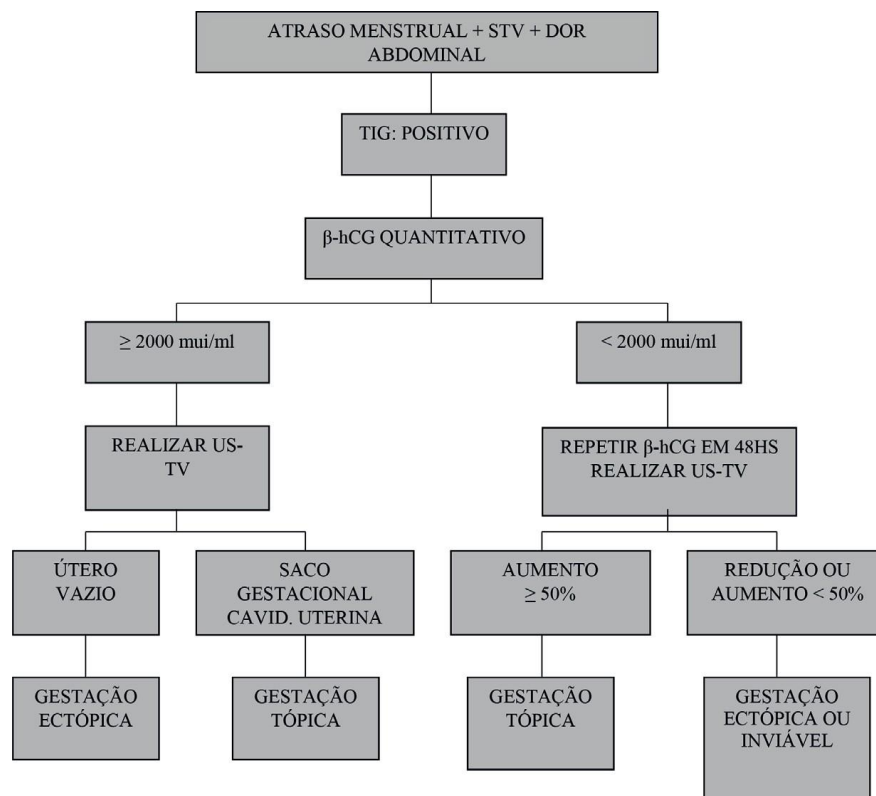
A ultrassonografia transvaginal (USTV) é capaz de detectar o saco gestacional intra-uterino a partir de 5-6 semanas de atraso menstrual. Quando a data da última menstruação é incerta, valores de β -hCG acima de 1500-2000 mUI/m (zona discriminatória), correlacionam-se com presença de saco gestacional ao USTV, a ausência deste é indicativo de gestação anormal, podendo corresponder a gestação ectópica ou abortamento. Nos casos sem imagem elucidativa ao USTV, a curetagem uterina pode auxiliar nesse diagnóstico diferencial. Se o β -hCG continua a subir após a curetagem,

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.013	
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA	Emissão: 13/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 6	12/02/2025

sugere o diagnóstico de gestação ectópica.

Por outro lado, se a medida do β -hCG for inferior a zona discriminatória e a USTV não visualizar gestação, deve-se realizar a dosagem seriada desse marcador, tendo em vista que diante de uma gestação tópica viável seus valores tendem a dobrar a cada 48hs.

Todo cuidado deve ser tomado na interpretação dos valores de β -hCG para evitarmos intervenções desnecessárias e iatrogênicas.



Fluxograma 1- Diagnóstico de gravidez ectópica sem comprometimento hemodinâmico

TIG: teste de gravidez imunológico; US-TV: ultrassonografia transvaginal

4. TRATAMENTO

As opções de tratamento existentes são: cirurgia, tratamento medicamentoso e conduta expectante.

4.1 Tratamento cirúrgico:

- Pode ser realizado através da salpingectomia ou da salpingostomia por via laparotômica ou laparoscópica.
- Nas situações de instabilidade hemodinâmica, a laparotomia de urgência é mandatória.
 - Informar prontamente ao centro cirúrgico;
 - Puncionar acesso venoso periférico (02 vezes);
 - Solicitar: tipagem sanguínea, hematócrito, hemoglobina, β -Hcg;
 - Reservar hemocomponentes.
- Nas situações onde a terapêutica cirúrgica está indicada e não há instabilidade

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.013	
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA	Emissão: 13/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 6	12/02/2025

hemodinâmica, a abordagem preferencial é a laparoscópica, que tem menor custo e morbidade. Dependendo da preferência e habilidade do cirurgião a abordagem laparoscópica também é possível nos casos de hemoperitônio;

- Salpingectomia x Salpingostomia (tabela 1):

Salpingectomia	Salpingostomia
Prole constituída	Preservação da fertilidade
Lesão tubária irreparável	Sem indicação de salpingectomia
Tentativa de salpingostomia com sangramento persistente	Doença em tuba contralateral
Recidiva de ectópica na mesma tuba	
β -hCG acima de 5000 mUI/ml	
Programação de fertilização in vitro	

Tabela 1- Indicações de salpingectomia x salpingostomia

No pós-operatório de salpingostomia está indicado o acompanhamento dos níveis de β -hCG devido ao risco da presença de tecido trofoblástico residual que pode chegar a 20% dos casos. Nas pacientes com valores em queda, deve ser realizado apenas o acompanhamento semanal dos valores de β -hCG até negatificação. Entretanto, nas pacientes com níveis em ascensão está indicado tratamento com dose única de metotrexato (vide tratamento medicamentoso).

A literatura ainda é controversa em relação ao tratamento cirúrgico e as taxas de sucesso em relação à preservação da fertilidade, portanto todos os casos com particularidades devem ser discutidos com bom senso para escolha do tipo de tratamento cirúrgico.

4.2 Tratamento medicamentoso:

O tratamento medicamentoso é realizado com metotrexato (MTX), um antagonista do ácido fólico altamente tóxico a tecidos em rápida replicação (ex.: trofoblasto e células embrionárias), utilizado em gestações ectópicas íntegras que preenchem todos os seguintes critérios:

- Estabilidade hemodinâmica, ausência de hemoperitônio;
- Possibilidade de seguimento ambulatorial;
- Ausência de contra-indicações ao metotrexato;
- Massa anexial íntegra < 4 cm;
- Ausência de atividade cardíaca fetal;
- Níveis de β -hCG < 5.000 UI/L.

As seguintes contra-indicações devem ser excluídas:

- Gravidez intrauterina (heterotópica);
- Imunodeficiência;
- Anemia grave, leucopenia (<2.000 cel./mm) ou trombocitopenia (plaquetas <100.000);
- Doença pulmonar em atividade;
- Úlcera péptica em atividade;



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.013	
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA	Emissão: 13/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 6	12/02/2025

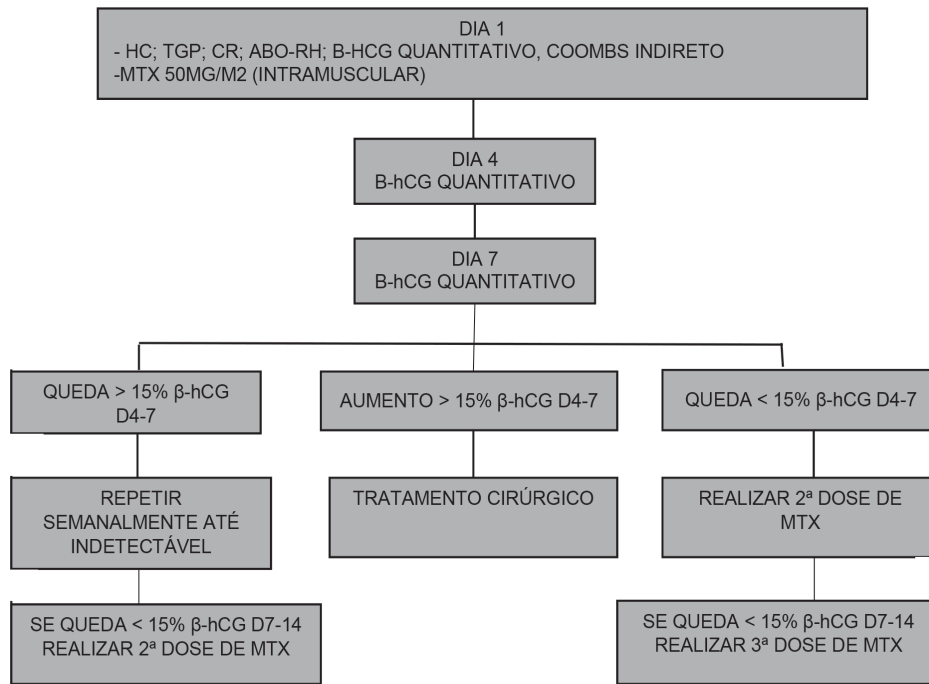
- Disfunção hepática e renal;
- Recusa de transfusão sanguínea, se necessário;
- Impossibilidade de seguimento ambulatorial;
- Amamentação;
- Sensibilidade prévia ao MTX.

Antes do início do tratamento medicamentoso devem ser realizados os seguintes exames de rotina: hemograma completo, enzimas hepáticas (TGO e TGP), creatinina, ABO-Rh, coombs indireto e radiografia de tórax em caso de doença pulmonar. Deverá ser administrado imunoglobulina anti-D em pacientes Rh negativo com coombs indireto negativo. Além disso, deve ser realizada a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pela paciente.

Existem dois protocolos de administração do MTX utilizado mais comumente: o de dose única e o de múltiplas doses. Devemos dar preferência ao regime de dose única (fluxograma 2) devido aos efeitos colaterais menores (distensão e dor abdominal, irritação gástrica, náusea, vômitos, estomatites, tontura, neutropenia, alopecia reversível, pneumonite e sangramento genital).

O regime de múltiplas doses (tabela 2) deve ser considerado nos casos de localização não usual como a gestação intersticial, cervical ou a da cicatriz de cesárea, devido à alta morbimortalidade e da possibilidade de intervenções cirúrgicas mutilantes.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-OBS-MEAC.013
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA		Emissão: 13/02/2023
			Próxima revisão: 12/02/2025
			Versão: 6



Fluxograma 2- Protocolo de tratamento de gestação ectópica com metotrexato dose única

DIA	
0	HC; ALT; AST; CR; ABO-Rh; β-hCG; coombs indireto
1	MTX 1,0mg/Kg IM; β-hCG
2	Ácido fólico 0,1mg/Kg VO
3	β-hCG
	Se queda β-hCG < 15% Dia 1 a 3: MTX 1,0mg/Kg IM ou IV Se queda β-hCG ≥ 15% Dia 1 a 3: β-hCG semanal até indetectável
4	Ácido fólico 0,1mg/Kg VO
5	β-hCG
	Se queda β-hCG < 15% Dia 3 a 5: MTX 1,0mg/Kg IM ou IV Se queda β-hCG ≥ 15% Dia 3 a 5: β-hCG semanal até indetectável
6	Ácido fólico 0,1mg/Kg VO
7	β-hCG
	Se queda β-hCG < 15% Dia 5 a 7: MTX 1,0mg/Kg IM ou IV Se queda β-hCG ≥ 15% Dia 5 a 7: β-hCG semanal até indetectável
8	Ácido fólico 0,1mg/Kg VO

Tabela 2- Protocolo de tratamento de gestação ectópica com metotrexato múltiplas doses

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.013	
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA	Emissão: 13/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 6	12/02/2025

ATENÇÃO: Após 3 a 7 dias do uso do MTX, em até 40% dos casos, observamos quadro de dor abdominal, podendo ser intensa, que melhora, em média, até 24 horas após o seu início. Esse quadro, por si só, não deverá ser indicação de cirurgia. A estabilidade hemodinâmica, os títulos da β -hCG e a presença de líquido livre na cavidade ao USTV deverão guiar a conduta.

Após tratamento clínico com metotrexato, evitar:

- Relações sexuais até os títulos da β -hCG ficarem negativos;
- Exames ginecológicos e USTV durante o acompanhamento;
- Exposição solar para diminuir o risco de dermatites pelo MTX;
- Bebidas alcoólicas e anti-inflamatórios não-esteroidais;
- Nova concepção até níveis indetectáveis de β -hCG e por período mínimo de três meses após a utilização do MTX (risco de teratogenicidade);
- Se o β -hCG não zera, uma nova gravidez deve ser excluída; se o β -hCG aumentar, realizar uma ultrassonografia transvaginal. Alternativamente, alguns pacientes têm uma diminuição lenta do β -hCG. Se o valor permanece semelhante por três semanas, está indicada nova dose de MTX. Isso normalmente acelera o declínio do β -hCG. O risco de doença trofoblástica gestacional é baixo.

4.3 Tratamento expectante

Uma taxa importante de gestações ectópicas evolui para abortamento tubário e reabsorção, sem que haja sangramento importante ou rotura da tuba. A conduta expectante pode ser adotada quando estiverem presentes os seguintes critérios:

- Estabilidade hemodinâmica;
- USTV com ausência de embrião vivo;
- Declínio dos títulos de β -hCG no intervalo de 24 a 48 horas sem tratamento;
- β -hCG < 1500 mUI/ml;
- Capacidade de manter o acompanhamento rigoroso;
- O acompanhamento é realizado ambulatorialmente com dosagens seriadas de β -hCG. Após 3 dosagens com intervalo de 48hs cada, solicitar a cada sete dias, até que o teste se torne negativo.

5. GESTAÇÃO ECTÓPICA EM CICATRIZ DE CESÁREA

Implantação do saco gestacional no defeito miometrial causado por histerotomia prévia. A incidência real é desconhecida por poucos casos registrados na literatura devido raridade.

5.1 Manifestações clínicas

- Dor abdominal;
- Sangramento transvaginal;
- Atraso menstrual;

5.2 Diagnóstico

- β -hCG > 1.500 UI/L;
- Ultrassonografia transvaginal evidenciando fundo uterino e colo do útero vazios com

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.013	
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA	Emissão: 13/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 6	12/02/2025

saco gestacional implantado em topografia de cicatriz de cesárea.

5.3 Classificação ultrassonográfica

- Tipo 1: gestação em topografia de cicatriz de cesárea que progride para a cavidade uterina;
- Tipo 2: gestação em topografia de cicatriz de cesárea que progride em direção à bexiga, com ou sem invasão vesical.

TIPO 1

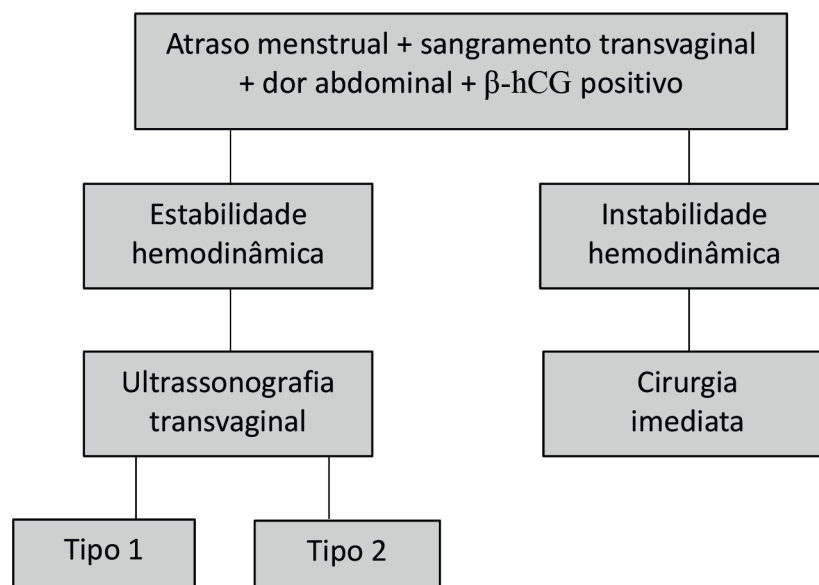


TIPO 2



5.4 Abordagem inicial

- Anamnese e exame: Atraso menstrual, sangramento transvaginal e dor abdominal associados a β -hCG positivo.
- Avaliação do estado hemodinâmico: puncionar acesso venoso, hidratar, realizar exames laboratoriais (ABO Rh, hemoglobina, hematócrito e β -hCG quantitativo) e providenciar reserva sanguínea s/n.
- Pacientes com instabilidade hemodinâmica devem ser submetidos imediatamente a tratamento cirúrgico, mesmo sem a confirmação diagnóstica.



Fluxograma 3- Diagnóstico de gestação ectópica em cicatriz de cesárea



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.013	
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA	Emissão: 13/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 6	12/02/2025

5.5 Tratamento

As etapas de tratamento estão descritas no fluxograma 4.

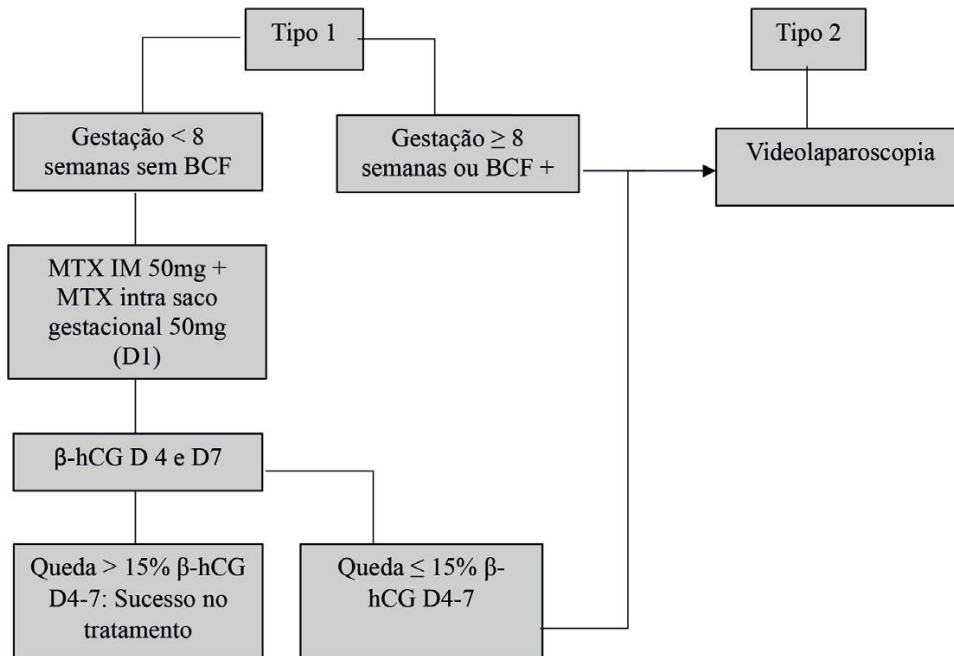
5.5.1 Medicamentoso (Metotrexate)

- Indicações
 - Estabilidade hemodinâmica;
 - Tipo 1 com idade gestacional abaixo de 8 semanas sem atividade cardíaca;
 - Beta HCG <5.000 IU/L;
 - Saco gestacional $\leq 2,5$ cm.
- Contraindicações descritas no tópico de tratamento medicamentoso da gestação ectópica em geral;
- Administração:
 - Esquema deve ser de única aplicação sendo esta combinada: intramuscular e intra-saco gestacional (por via transabdominal ou transvaginal);

5.5.2 Cirúrgico

- Indicações
 - Instabilidade hemodinâmica;
 - Tipo 1 com idade gestacional ≥ 8 semanas;
 - Falha no tratamento medicamentoso;
 - Tipo 2 (mesmo que seja sem embrião, apenas com material heterogêneo).
- Abordagem: Laparoscopia tem menor tempo cirúrgico, perda sanguínea e tempo de internação com relação à laparotomia, mas esta não deve ser postergada caso haja indicação de tratamento cirúrgico de urgência com instabilidade hemodinâmica. A laparoscopia irá corrigir o defeito miometrial.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-OBS-MEAC.013
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA		Emissão: 13/02/2023
			Próxima revisão: 12/02/2025
			Versão: 6



Fluxograma 4- Tratamento gestação ectópica em cicatriz de cesárea

6. REFERÊNCIAS

1. Arruda MS, Camargo Junior HAS. Gravidez ectópica na cicatriz uterina de cesárea: relato de caso, Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2008; 30(10): 518-523.
2. Glenn LT et al. Cesarean Scar ectopic pregnancy: Current management strategies, Wolters Kluwer Health, 2018; 73(5): 293-302.
3. Hsu JY, Chen L, Gumer AR, Tergas AI, Hou JY, Burke WM, Ananth CV, Hershman DL, Wright JD. Disparities in the management of ectopic pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2017 Jul;217(1):49.e149.e10.
4. Karahasanoglu A, Uzun I, Deregozu A, Ozdemir M. Successful treatment of cesarean scar pregnancy with suction curettage: our experience, Ochsner Journal, 2018; 18: 222-225.
5. Lacroix-Maheux, S et al. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment options. fte journal of minimally invasive gynecology, 2017; 1-11.
6. Lai YM, Lee JD, Lee CL, Chen TC, Soong YK. An ectopic pregnancy embedded in the myometrium of a previous cesarean section scar. Acta Obstet Gynecol Scand. 1995 Aug; 74(7):573-576.
7. Orazulike NC, Konje JC. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. Womens Health (Lond Engl). 2013;9:373e385.
8. Petersen KB, Hoffmann E, Larsen CR, Nielsen HS. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies, Fertility and Sterility, 2016; 105(4): 958-967.
9. Rana P, Kazmi I, Singh R, Afzal M, Al-Abbasi FA, Aseeri A, Singh R, Khan R, Anwar F. Ectopic pregnancy: a review. Arch Gynecol Obstet. 2013 Oct;288(4):747-57.
10. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, et al. fte diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2012; 207:44.e1-13.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-OBS-MEAC.013
Título do Documento	GESTAÇÃO ECTÓPICA		Emissão: 13/02/2023
			Próxima revisão: 12/02/2025
		Versão: 6	

7. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
6	13/02/2023	Sem alteração de conteúdo. Atualizado versão, data de emissão e próxima revisão.

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Denise Ellen Francelino Cordeiro Carolina de Alencar Ohi Garcia Raimundo Homero de Carvalho Neto Jordana Parente Paiva Francisco Edson de Lucena Feitosa	
VALIDAÇÃO	
Rhaquel de Moraes Alves Barbosa Oliveira Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.005695/2023-06, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
George Chaves Nunes Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico da Meac	Conforme Processo SEI nº 23533.005695/2023-06, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Francisco Edson de Lucena Feitosa Gerência de Atenção à Saúde da MEAC	Conforme Processo SEI nº 23533.005695/2023-06, assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2023, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br