# PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL

**Tema:** gestação ectópica **Versão Nº** 01

**Protocolo Nº 319** **1ª Versão:** maio de 2022 **Atualização:** NA

SUMÁRIO


INTRODUÇÃO ..... 2

OBJETIVOS ..... 2

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO ..... 2

FLUXOGRAMA ..... 2

GRAVIDEZ TUBÁRIA ..... 3

DIAGNÓSTICO ..... 3

TRATAMENTO ..... 4

GRAVIDEZ EM OUTRAS LOCALIZAÇÕES ..... 6

CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO ..... 7

MONITORAMENTO ..... 7

CONFLITOS DE INTERESSE ..... 7

REFERÊNCIAS ..... 8

SIGLAS ..... 8

HISTÓRICO DAS VERSÕES ..... 8



*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

## INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica ocorre em aproximadamente 2% das gestações e é condição potencialmente grave, responsável por hemorragia intra-abdominal e abdome agudo.

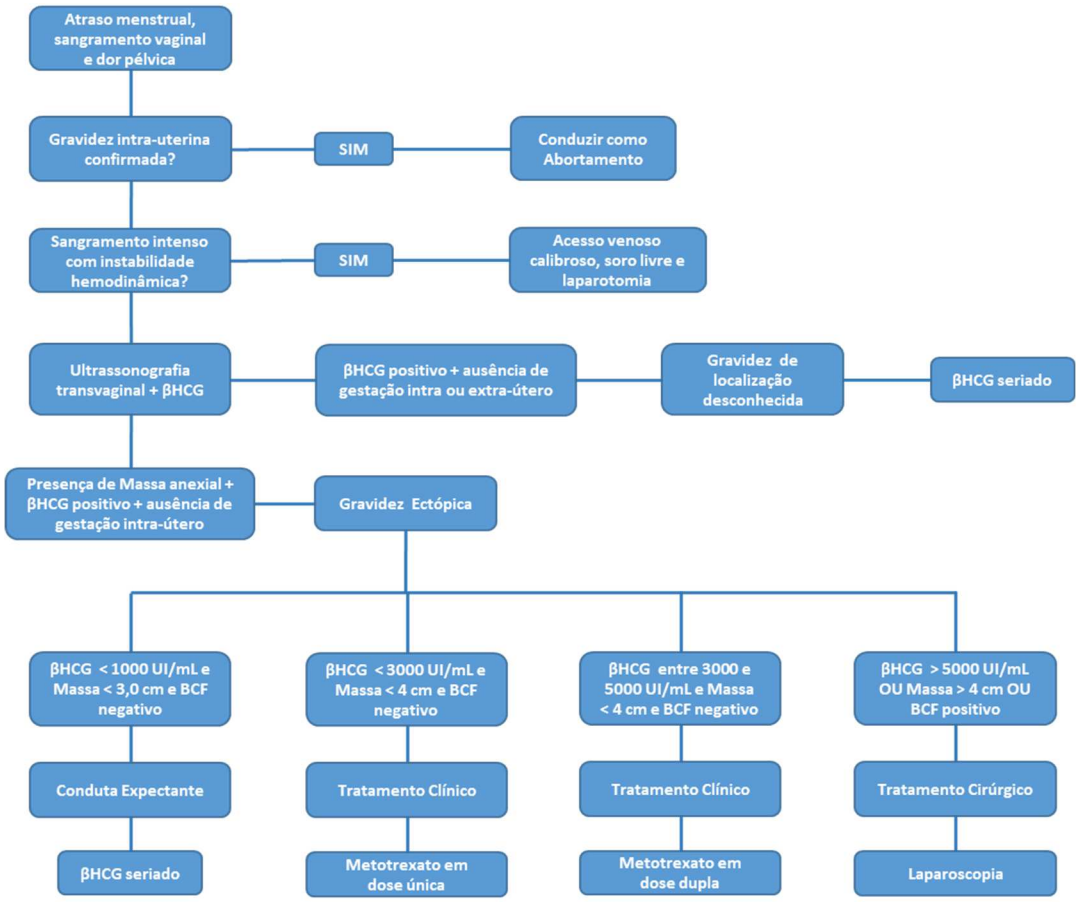
## OBJETIVOS

Descrever as medidas necessárias para o diagnóstico e acompanhamento das pacientes com gestação ectópica.

## CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Pacientes com β-hCG positivo, sangramento vaginal e gravidez extrauterina ou em localização não determinada.

## FLUXOGRAMA




*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

## GRAVIDEZ TUBÁRIA

## DIAGNÓSTICO

### Manifestações clínicas

- Tríade clássica (menos de 50% dos casos): atraso menstrual com sangramento vaginal irregular + dor pélvica ou abdominal + massa anexial dolorosa.
- Associação variável dos sintomas da tríade clássica.

### Exame Físico

- Dor pélvica no toque bimanual.
- Massa anexial palpável.
- Sangramento genital.
- Sinal de Cullen (equimose periumbilical): muito raro.

### Exames laboratoriais

- Teste de gravidez: β-hCG positivo. Nos casos de gravidez ectópica íntegra o seguimento seriado do β-hCG quantitativo mostra comportamento anômalo (β-hCG dobra na gravidez intrauterina normal em média a cada 48 horas).
- Hemoglobina e hematócrito: queda abrupta nos casos de sangramento intraperitoneal significativo e quedas mais discretas em sangramentos de menor intensidade.
- Leucograma: geralmente normal, mas pode ocorrer leucocitose significativa.

### Ultrassonografia

- Diagnóstico de certeza: identificação de feto fora da cavidade uterina
- Ausência de gravidez intrauterina (ultrassonografia transvaginal) com β-hCG > 1.500 mUI/ml
- Ausência de gravidez intrauterina (ultrassonografia abdominal) com β-hCG > 6.000 mUI/ml

### Culdocentese

- Aspiração de coágulos organizados ou sangue fluído que não coagulal.

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

**TRATAMENTO**

O tratamento padrão da gravidez ectópica é cirúrgico, mas se as condições forem favoráveis, pode ser realizada a conduta clínica ou até mesmo a conduta conservadora.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

- Laparoscopia: ordenha ou salpingostomia com incisão longitudinal no local da implantação. Salpingectomia se não for possível a preservação da tuba.
- Laparotomia: nos casos de hipovolemia grave.

TRATAMENTO CLÍNICO: metotrexate (MTX)

- Pré-requisitos
  - Saco gestacional < 4 cm.
  - Paciente hemodinamicamente estável, hemograma normal, função hepática e renal normais.
  - A taxa de sucesso desse tratamento é maior nos casos de gestação de até 6 semanas, massa tubária com diâmetro máximo de 3,5 cm, embrião que não apresenta batimentos cardíacos e β-hCG < 5.000 mUI/ml.
  - Como as opções são o tratamento clínico ou o cirúrgico, e a falha do tratamento clínico direciona ao tratamento cirúrgico, quando a expectativa de sucesso do tratamento clínico for baixa, a melhor opção é indicar a cirurgia como primeira escolha.

- Dose: Pode-se adotar o regime de dose única, de dose dupla ou de múltiplas doses.
  - **Dose única**:
    - Recomendada com β-hCG inferior a 3.000 mUI/ml.
    - 50 mg/m$^2$, intramuscular (IM).
    - Seguimento:
      - Dosar β-hCG no 4º e 7º dia após o tratamento.
      - Se diferença > 15%, repetir semanal até < 15 mUI/ml.
      - se diferença < 15%, avaliar repetição da dose de MTX ou tratamento cirúrgico.
      - Se dosagem do β-hCG não cair ou atividade cardíaca embrionária persistir após a terceira dose, indicar tratamento cirúrgico.
      - Se atividade cardíaca embrionária persistir no 7º dia após a primeira dose, indicar tratamento cirúrgico.

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

- **Dose dupla**:
  - Recomendada com β-hCG entre 3.000 e 5.000 mUI/ml.
  - 50 mg/m$^2$, IM, nos dias 1 e 4.
  - Seguimento semelhante ao da dose única, dosando o β-hCG inicialmente no dia 7.

- **Múltiplas Doses**:
  - Recomendadas para gestações em localizações pouco usuais como gravidez cervical, intersticial ou em cicatriz de cesariana.
  - 1 mg/kg IM (dias 1, 3, 5 e 7), alternando com ácido folínico 0,1 mg/kg IM (dias 2, 4, 6 e 8).
  - Medir o β-hCG nos dias em que a paciente receber MTX.
  - Se a queda for maior que 15%, interromper o tratamento.
  - Se não houver queda depois de 4 doses, considerar tratamento cirúrgico.
  - Acompanhar com β-hCG semanalmente até sua negativação.
  - Se o β-hCG fizer um platô ou subir, considerar novo tratamento.

**Tabela 1 – Contraindicações para o tratamento com MTX:**

<table>
<tr><th>Contraindicações Absolutas</th><th colspan="2">Contraindicações Relativas</th></tr>
<tr><td>Gravidez intrauterina</td><td rowspan="3">Atividade cardíaca evidenciada na ultrassonografia</td><td rowspan="10">Essas contraindicações relativas não são impeditivas para o tratamento clínico, mas trazem menor taxa de sucesso no tratamento com MTX.</td></tr>
<tr><td>Gravidez ectópica rota</td></tr>
<tr><td>Instabilidade hemodinâmica</td></tr>
<tr><td>Imunodeficiência</td><td rowspan="3">Concentração alta do β-hCG</td></tr>
<tr><td>Anemia, leucopenia ou plaquetopenia moderada ou grave</td></tr>
<tr><td>Alergia ao metotrexato</td></tr>
<tr><td>Doença pulmonar ativa</td><td rowspan="3">Massa maior que 4 cm</td></tr>
<tr><td>Úlcera péptica ativa</td></tr>
<tr><td>Disfunção hepática importante</td></tr>
<tr><td>Disfunção rena importante</td><td rowspan="3">Recusa em receber transfusão sanguínea</td><td rowspan="3">Como há o risco de rotura tubária levando a hemorragia e necessidade de transfusão, recomenda-se, nesses casos, a preferência pelo tratamento cirúrgico.</td></tr>
<tr><td>Amamentação</td></tr>
<tr><td>Impossibilidade de seguimento da paciente</td></tr>
</table>

TRATAMENTO EXPECTANTE

Pré-requisitos:
- Saco gestacional < 3,0 cm, sem evidências de vitalidade embrionária.
- β-hCG inferior a 1.000 UI/ml.
- Paciente hemodinamicamente estável, hemograma normal.

Seguimento:
- Dosar β-hCG em 24 horas. Se decrescente, repetir a cada 48 h.
- Realizar ultrassonografia semanal até o desaparecimento da massa.

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

## GRAVIDEZ EM OUTRAS LOCALIZAÇÕES

### Gravidez em cicatriz de cesárea

- A implantação da gestação em cicatriz de cesárea prévia constitui um tipo de gestação ectópica com potencial de provocar morbidade materna grave.
- O diagnóstico é feito através da ultrassonografia endovaginal indicando cavidade uterina vazia e gestação na região segmentar. Os principais achados ultrassonográficos sugestivos de gravidez em cicatriz de cesárea são:
  - Identificação da cavidade uterina e canal cervical vazios.
  - Detecção da placenta e/ou saco gestacional inseridos na cicatriz de cesárea.
  - Em gestações iniciais (< 8 semanas), o saco gestacional preenche o nicho da cicatriz; em gestações > 8 semanas esse formato se torna oval ou arredondado.
  - Endométrio fino (< 3mm) ou ausente entre o saco gestacional e a bexiga.
  - Presença do embrião na região da cicatriz.
  - Presença de padrão vascular abundante na área da cicatriz.
- O tratamento cirúrgico, nesses casos, apresenta maiores dificuldades técnicas, estando indicado como primeira opção o tratamento clínico com o metotrexato, nas mesmas doses recomendadas para o tratamento da gestação tubária.
- O risco de ruptura da gestação também é maior e por isso recomenda-se que a paciente permaneça internada durante a primeira semana após administração do metotrexato.

### Gravidez cervical, intersticial, cornual e abdominal

- Assim como a gestação em cicatriz de cesárea, a gestação em locais pouco usuais apresenta maiores dificuldades para o tratamento cirúrgico, sendo o tratamento clínico com metotrexato considerado como primeira opção.
- A internação prolongada deve ser considerada nesses casos.
- Cuidados associados:
  - Transfusão de sangue pode estar indicada em casos de hipovolemia significativa.
  - Pacientes Rh negativo não sensibilizadas deverão receber imunoglobulina anti- Rh.
  - Orientar sobre risco de gravidez ectópica em nova gestação e indicação de dosagem de β-hCG precoce, bem como confirmação de localização da gestação por meio de ultrassonografia em caso de atraso menstrual.

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

## CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

- Extração cirúrgica da gravidez ectópica.
- Negativação do β-hCG nos casos de tratamento clínico ou conduta expectante.

## MONITORAMENTO

- Taxa de sucesso da conduta expectante.
- Taxa de sucesso do tratamento clínico com metotrexato.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

## REFERÊNCIAS

Peret FJA, Corrêa Júnior MD, Viggiano MGC, Paula LB. Hemorragias da primeira metade da gravidez. In: Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Corrêa Júnior MD. Noções Práticas de Obstetrícia. 14ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2011. 249-80.

ACOG Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. Kurt T Barnhart, Jason M Franasiak et al. Obstet Gynecol. (2018)

Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy: Green-top Guideline No. 21. Elson CJ, Salim R, Potdar N, Chetty M, Ross, JA, Kirk EJ. BJOG. (2016)

## SIGLAS

| | |
|---|---|
| β-hCG | Gonadotrofina coriônica humana beta. |
| IM | Intramuscular |
| MTX | metotrexato |

## HISTÓRICO DAS VERSÕES

### 1ª versão

- Elaborada em março de 2020 por: Mário Dias Corrêa Júnior.
- Responsável técnico: Mário Dias Corrêa Júnior.
- Aprovada em maio de 2022 por: Alexandre Rodrigues Ferreira, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico.

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*