

**PROTOCOLO OBS 10 – GESTAÇÃO ECTÓPICA**

<b>Elaborado por:</b> Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	<b>Revisado por:</b> Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	<b>Validado por:</b> Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

**1. 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.

- a) **Definição:** implantação do ovo fecundado fora da cavidade uterina.
- b) **Incidência:** 1,5 a 2,0% das gestações.
- c) **Localização:**

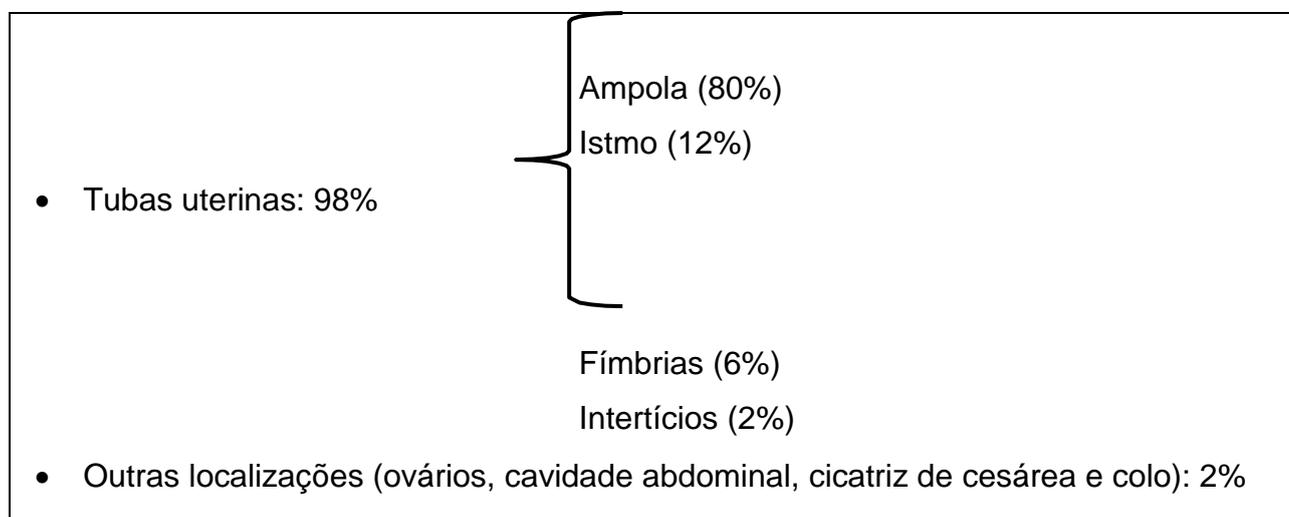


Figura 1: Localização das gestações ectópicas

**2. 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,

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	----------------------------------------	-------------------------

**PROTOCOLO OBS 10 – GESTAÇÃO ECTÓPICA**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

deverá ser realizado de forma não invasiva pela ultrassonografia e dosagem do nível de  $\beta$ -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  $\beta$ -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  $\beta$ -hCG continua a subir após a curetagem, sugere o diagnóstico de gestação ectópica.

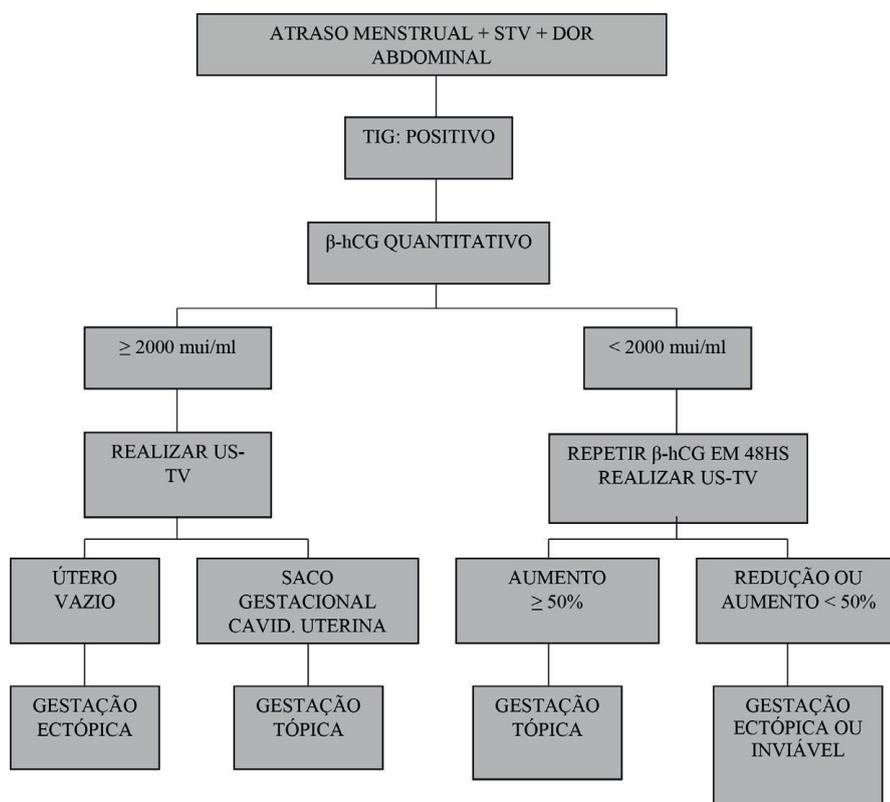
Por outro lado, se a medida do  $\beta$ -hCG for inferior a zona discriminatória e a USTV não visualizar gestação, deve-se realizar a dosagem seriada desse marcador, tendo em vista que diante de uma gestação tópica viável seus valores tendem a dobrar a cada 48hs.

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

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	----------------------------------------	-------------------------

**PROTOCOLO OBS 10 – GESTAÇÃO ECTÓPICA**

<b>Elaborado por:</b> Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	<b>Revisado por:</b> Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	<b>Validado por:</b> Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------



Fluxograma 1- Diagnóstico de gravidez ectópica sem comprometimento hemodinâmico

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

### 3. TRATAMENTO

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

#### a) 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

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

**PROTOCOLO OBS 10 – GESTAÇÃO ECTÓPICA**

<b>Elaborado por:</b> Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	<b>Revisado por:</b> Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	<b>Validado por:</b> Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

mandatória.

- Informar prontamente ao centro cirúrgico;
  - Puncionar acesso venoso periférico (02 vezes);
  - Solicitar: tipagem sanguínea, hematócrito, hemoglobina,  $\beta$ -Hcg;
  - Reservar hemocomponentes.
- ✓ Nas situações onde a terapêutica cirúrgica está indicada e não há instabilidade 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):

<b>Salpingectomia</b>	<b>Salpingostomia</b>
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	
$\beta$ -hCG acima de 5000 mUI/ml	
Programação de fertilização in vitro	

**Tabela 1- Indicações de salpingectomia x salpingostomia**

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	----------------------------------------	-------------------------

**PROTOCOLO OBS 10 – GESTAÇÃO ECTÓPICA**

<b>Elaborado por:</b> Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	<b>Revisado por:</b> Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	<b>Validado por:</b> Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

No pós-operatório de salpingostomia está indicado o acompanhamento dos níveis de  $\beta$ -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  $\beta$ -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.

**b) 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 contraindicações ao metotrexato;
- ✓ Massa anexial íntegra < 4 cm;
- ✓ Ausência de atividade cardíaca fetal;
- ✓ Níveis de  $\beta$ -hCG < 5.000 UI/L.

**As seguintes contraindicações devem ser excluídas:**

- ✓ Gravidez intrauterina (heterotópica);
- ✓ Imunodeficiência;

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	----------------------------------------	-------------------------

**PROTOCOLO OBS 10 – GESTAÇÃO ECTÓPICA**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

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

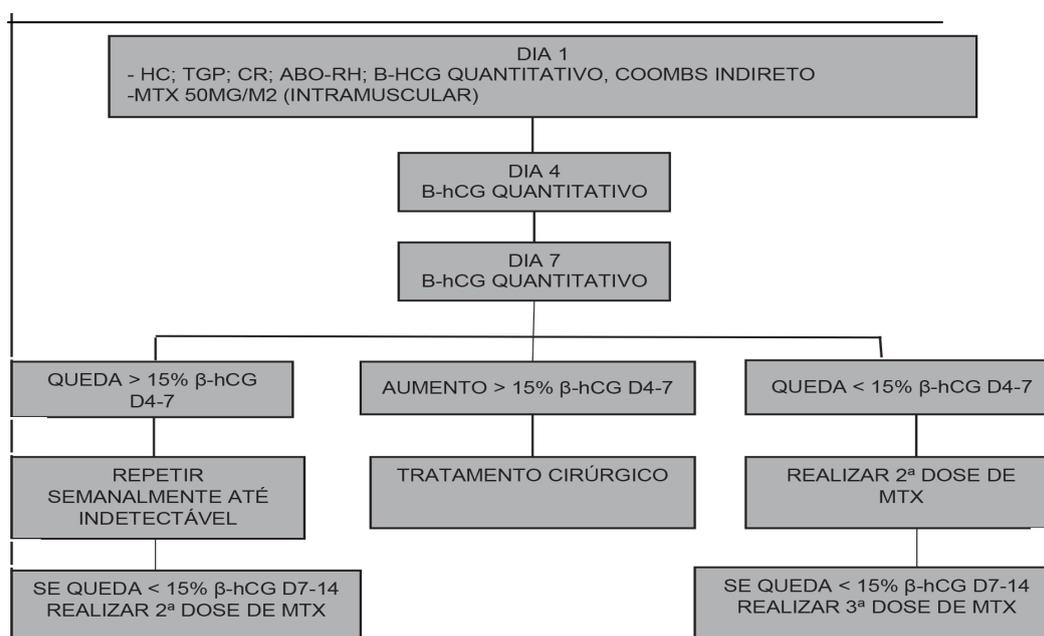
Existem dois protocolos de administração do MTX utilizado mais comumente: o de dose única e o de múltiplas doses. Devemos dar preferência ao regime de dose única (fluxograma 2) devido aos efeitos colaterais menores (distensão e dor abdominal, irritação gástrica, náusea, vômitos, estomatites, tontura,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

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	----------------------------------------	-------------------------

**PROTOCOLO OBS 10 – GESTAÇÃO ECTÓPICA**

<b>Elaborado por:</b> Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	<b>Revisado por:</b> Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	<b>Validado por:</b> Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------



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

DI	
A	
0	HC; ALT; AST; CR; ABO-Rh; β-hCG; coombs indireto
1	MTX 1,0mg/Kg IM; β-hCG
2	Ácido folínico 0,1mg/Kg VO
3	β-hCG Se queda β-hCG D-1D%15 > 3: MTX 1,0mg/Kg Se queda β-hCG D-1D < 3 %15: β-hCG semanal
4	Ácido folínico 0,1mg/Kg VO

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	----------------------------------------	-------------------------

**PROTOCOLO OBS 10 – GESTAÇÃO ECTÓPICA**

<b>Elaborado por:</b> Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	<b>Revisado por:</b> Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	<b>Validado por:</b> Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

<b>5</b>	β-hCG
	Se queda β-hCG D-3D%15 >5: MTX 1,0mg/Kg Se queda β-hCG D-3D<5 %15: β-hCG semanal
<b>6</b>	Ácido folínico 0,1mg/Kg VO
<b>7</b>	β-hCG
	Se queda β-hCG D-5D%15 >7: MTX 1,0mg/Kg Se queda β-hCG D-5D<7 %15: β-hCG semanal
<b>8</b>	Ácido folínico 0,1mg/Kg VO

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

**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

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	----------------------------------------	-------------------------

**PROTOCOLO OBS 10 – GESTAÇÃO ECTÓPICA**

<b>Elaborado por:</b> Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	<b>Revisado por:</b> Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	<b>Validado por:</b> Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

aumentar, realizar uma ultrassonografia transvaginal. Alternativamente, alguns pacientes têm uma diminuição lenta do  $\beta$ -hCG. Se o valor permanece semelhante por três semanas, está indicada nova dose de MTX. Isso normalmente acelera o declínio do  $\beta$ -hCG. O risco de doença trofoblástica gestacional é baixo.

**c) 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  $\beta$ -hCG no intervalo de 24 a 48 horas sem tratamento;
- ✓  $\beta$ -hCG < 1500 mUI/ml;
- ✓ Capacidade de manter o acompanhamento rigoroso;
- ✓ O acompanhamento é realizado ambulatorialmente com dosagens seriadas de  $\beta$ -hCG. Após 3 dosagens com intervalo de 48hs cada, solicitar a cada sete dias, até que o teste se torne negativo.

**4. 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.

**d) Manifestações clínicas**

- ❖ Dor abdominal;

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

## PROTOCOLO OBS 10 – GESTAÇÃO ECTÓPICA

<b>Elaborado por:</b> Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	<b>Revisado por:</b> Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	<b>Validado por:</b> Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

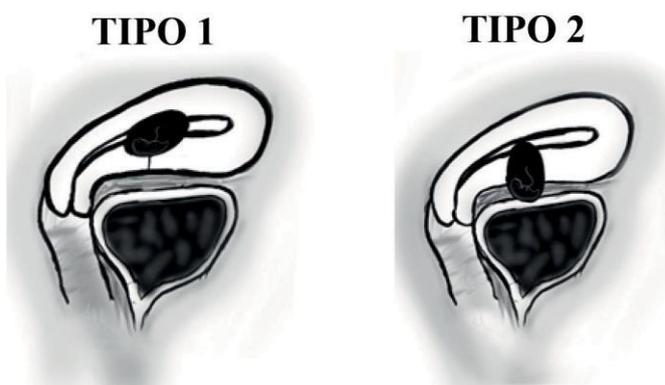
- ❖ Sangramento transvaginal;
- ❖ Atraso menstrual;

### e) Diagnóstico

- ❖  $\beta$ -hCG > 1.500 UI/L;
- ❖ Ultrassonografia transvaginal evidenciando fundo uterino e colo do útero vazios com saco gestacional implantado em topografia de cicatriz de cesárea.

### f) 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.

### g) Abordagem inicial

- ❖ Anamnese e exame: Atraso menstrual, sangramento transvaginal e dor abdominal associados a  $\beta$ -hCG positivo.
- ❖ Avaliação do estado hemodinâmico: puncionar acesso venoso, hidratar, realizar exames laboratoriais (ABO Rh, hemoglobina, hematócrito e  $\beta$ -hCG

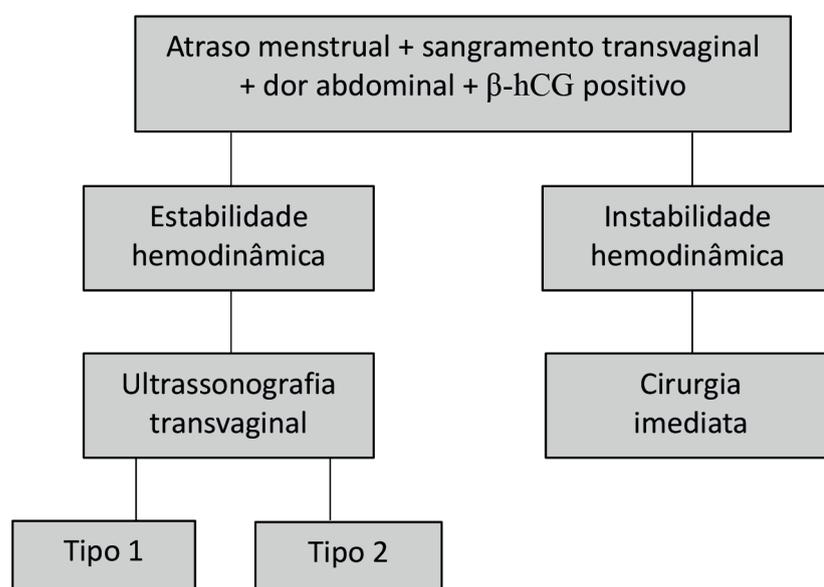
Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

**PROTOCOLO OBS 10 – GESTAÇÃO ECTÓPICA**

<b>Elaborado por:</b> Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	<b>Revisado por:</b> Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	<b>Validado por:</b> Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

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**

**h) Tratamento**

As etapas de tratamento estão descritas no fluxograma 4.

- **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 ≤2,5cm.
- Contraindicações descritas no tópico de tratamento medicamentoso da

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

**PROTOCOLO OBS 10 – GESTAÇÃO ECTÓPICA**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

gestação ectópica em geral;

- Administração:
  - ✓ Esquema deve ser de única aplicação sendo esta combinada: intramuscular e intra-saco gestacional (por via transabdominal ou transvaginal);

**i) Cirúrgico**

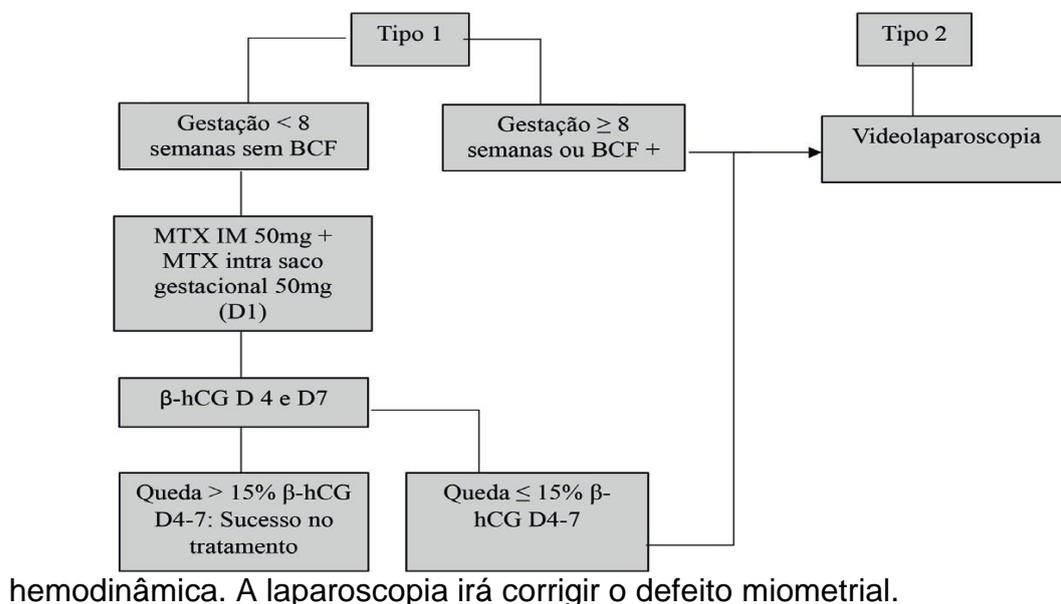
- Indicações
  - ✓ Instabilidade hemodinâmica;
  - ✓ Tipo 1 com idade gestacional  $\geq 8$  semanas;
  - ✓ Falha no tratamento medicamentoso;
  - ✓ Tipo 2 (mesmo que seja sem embrião, apenas com material heterogêneo).

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	----------------------------------------	-------------------------

**PROTOCOLO OBS 10 – GESTAÇÃO ECTÓPICA**

<b>Elaborado por:</b> Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	<b>Revisado por:</b> Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	<b>Validado por:</b> Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

- 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



**Fluxograma 4- Tratamento gestação ectópica em cicatriz de cesárea**

**Obs: todas as pacientes q se enquadrarem nos critérios descritos no protocolo de CARACTERIZAÇÃO DE EMERGENCIA/URGENCIA DA GESTAÇÃO EM RISCO HABITUAL E ALTO RISCO, ou se medico assistente julgar necessario, devem seguir fluxograma de encaminhamento descrito nesse mesmo protocolo.**

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

**PROTOCOLO OBS 10 – GESTAÇÃO ECTÓPICA**

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Validado por:</b>
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

**REFERÊNCIAS**

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.

Glenn LT et al. Cesarean Scar ectopic pregnancy: Current management strategies, Wolters Klumer Health, 2018; 73(5): 293-302.

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.

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.

Lacroix-Maheux, S et al. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment options. fte journal of minimally invasive gynecology, 2017; 1-11.

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.

Orazulike NC, Konje JC. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. Womens Health (Lond Engl. 2013;9:373e385.

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.

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.

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.

<b>Data da criação MAIO/2020</b>	<b>Data de Implantação: JUNHO/2020</b>	<b>Validade: 2 anos</b>
----------------------------------	----------------------------------------	-------------------------