

Artigo de Revisão

**PREVALÊNCIA DE GRAVIDEZ ECTÓPICA ROTA E
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EM HOSPITAL MATERNIDADE
DA BAIXADA FLUMINENSE**

**Prevalence of ruptured Ectopic Pregnancy and Clinical
Characteristics In Baixada Fluminense Maternity Hospital**

Alfredo de Almeida Cunha¹

Sérgio Araujo Martins Teixeira²

Eduardo Martins Gerde³

Cláudio Oliveira Soeiro³

¹ Doutor em Medicina. Obstetrícia. Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo.

² Mestre em Ciências Médicas. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

³ Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.

Trabalho realizado no Hospital Maternidade Therezinha de Jesus.

Hospital Estadual da Mãe – Endereço dos autores

Av. Dr. Carvalhães, 400. Rocha Sobrinho. Mesquita. RJ. Brasil.

CEP 26572-530

Endereço do autor correspondente:

Alfredo de Almeida Cunha

Rua Desembargador Isidro 160 ao 303. Tijuca. CEP 20521-160

E-mail: aacunha@uol.com.br

RESUMO

Objetivos. Avaliar a prevalência de gravidez ectópica rota e as características clínicas.

Materiais e Métodos. População. Pacientes internadas no Hospital Estadual da Mãe, maternidade situada na Baixada Fluminense /RJ, no período de 01/01/2014 a 31/12/2014. Desenho: Estudo transversal. Foi realizada uma análise estatística descritiva, com estimativas de proporções de variáveis categóricas e de medidas de tendência central e de dispersão das variáveis numéricas contínuas.

Resultados. Foram identificados 21 casos de gravidez ectópica rota e um caso de cisto de ovário hemorrágico em 7.916 internações (prevalência de 0,27%). A média de idade das pacientes foi de 27 anos, com 13,3% de adolescentes. A queixa principal foi dor pélvica em 95,5%. Na média, todas as pacientes apresentaram-se com instabilidade hemodinâmica (PA 100 X 65 mmHg). A conduta consistiu em transfusão de sangue (50%) e cirurgia em 100% dos casos. Vinte pacientes tiveram alta curada com média de internação de 4,2 dias e duas foram transferidas para UTI devido ao quadro de choque hemorrágico, de onde receberam alta curada.

Conclusões. A gravidez ectópica rota é quadro de urgência, com baixa prevalência, mas de grande impacto com risco de morte. Deve ser tratada de forma agressiva, com reposição de sangue e cirurgia de urgência.

Palavras chaves: *Gravidez Ectópica; Choque Hemorrágico; Morte Materna; Cirurgia.*

ABSTRACT

Aims. To evaluate the prevalence of ectopic pregnancy and clinical characteristics.

Methods. Population. Patients admitted in the mother's State Hospital, located in the Baixada Fluminense/RJ, from 1/1/2014 to 12/31/2014. Design: a cross-sectional study. A descriptive statistical analysis was performed, with estimates of categorical variables proportions and measures of central tendency and dispersion of continuous numeric variables.

Results. Twenty one cases of ruptured ectopic pregnancy and one case of hemorrhagic ovarian cyst were retrieved from 7,916 admissions (rate of 0.27%). The average age of the patients was 27 years, with 13.3% of teenagers. The main complaint was pelvic pain at 95.5%. On average, all patients presented with hemodynamic instability (BP 100 X 65 mmHg). The management consisted of blood transfusion (50%) and surgery in 100% of cases. Twenty patients were discharged cured after a mean of 4.2 days of hospitalization and two were transferred to an ICU due to hemorrhagic shock, where they were discharged from.

Conclusions. Ectopic pregnancy is an urgent situation with low prevalence but high impact with risk of death. It must be treated aggressively, with blood replacement and emergency surgery.

Key words: *Pregnancy; Ectopic; Shock; Hemorrhagic; Maternal Death; Surgery.*

INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica é uma emergência médica, que pode evoluir para a ruptura tubária, localização mais frequente (96-98%), causando hemorragia interna com risco de morte ou lesão da trompa de Falópio. Sua prevalência vem aumentando, dado atribuível ao tratamento incompleto de doenças sexualmente transmissíveis e ao aumento da prática da reprodução assistida^{1,2}.

A incidência da gestação ectópica (GE) tem aumentado nas últimas décadas devido a vários fatores. Por um lado, a dosagem da subunidade beta da gonadotrofina coriônica, os ecógrafos de maior precisão e o uso da endoscopia ginecológica facilitaram o diagnóstico. Por outro, a disseminação das infecções genitais por clamídia e gonococos têm elevado o número de mulheres com sequela tubária, o que também contribui para o aumento da incidência da gestação ectópica. Apesar de a mortalidade ter diminuído ao longo da última década, através do diagnóstico precoce, a gravidez ectópica ainda tem sido responsabilizada por 9% das mortes no primeiro trimestre da gestação nos Estados Unidos. No Brasil, a mortalidade por gestação ectópica insere-se entre as causas hemorrágicas. Segundo dados do Estado de São Paulo entre os anos de 1991-1995, a taxa de mortalidade materna devido a todas as causas variou de 43,7 a 49,6 por 100.000 nascidos vivos³.

OBJETIVO: Conhecer a prevalência e os aspectos clínicos das portadoras de gravidez ectópica no Hospital Estadual da Mãe (Hospital e Maternidade Therezinha de Jesus) no ano de 2014.

MATERIAIS E MÉTODOS:

Cenário. A Baixada Fluminense é parte da Área Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, sendo a outra área, o município do Rio de Janeiro. A Baixada Fluminense é composta por onze municípios com população aproximada de 3.500.000 habitantes. A assistência obstétrica é prestada inicialmente pela rede básica dos municípios. A maternidade Hospital Estadual da Mãe assiste a mais de 5.000 partos por ano. Funciona em regime de porta aberta, isto é, atendendo

pacientes do seu próprio pré-natal, referidas pelos postos de saúde e mesmo sem assistência pré-natal.

Critérios de inclusão: pacientes admitidas com instabilidade hemodinâmica com queixas de dor abdominal pélvica e sangramento uterino.

Critérios de exclusão: pacientes em trabalho de abortamento, paciente que tenha sido internada em trabalho de parto ou como puérpera.

A assistência foi prestada segundo os protocolos operacionais padrão (POP) da unidade, elaborados em obediência às recomendações do Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento.

Desenho: estudo transversal, com avaliação da prevalência da prenhez ectópica rota no Hospital Estadual da Mãe no ano de 2014, das características das pacientes, das condutas e dos resultados do tratamento.

Os dados foram coletados dos prontuários médicos.

Foi realizada análise estatística descritiva, com estimativas de proporções de variáveis categóricas e de medidas de tendência central e de dispersão das variáveis numéricas contínuas.

Trabalho autorizado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora/FCMS/FJ/SUPREMA número CAAE 51591815.9.0000.5103. Plataforma Brasil. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa nº 1.370.513.

RESULTADOS

Foram identificados 21 casos de gravidez ectópica rota e um caso de cisto de ovário hemorrágico em 7.916 internações (prevalência de 0,27%), com 13,3% de adolescentes.

A idade média das pacientes foi 27 anos (dp=6,3). A paridade foi baixa (0-2). O estado hemodinâmico foi caracterizado por média de 100 mmHg na pressão arterial sistólica, variando de 80 a 130 mmHg (dp=12) e 65 mmHg na média da pressão arterial diastólica, variando de 50 a 90 mmHg (dp= 11).

Os antecedentes obstétricos quanto ao tipo de parto por partos normais em nove pacientes (41%) e cesáreos em três (13,6%).

A queixa principal foi dor abdominal em 21 (95,4%) e os testes realizados foram pesquisa de β hCG, positiva em 12 (54,5%) e ultrassonografia compatível com gravidez ectópica em 17 (77,2%).

A conduta foi clínica em complemento à cirúrgica. A primeira constou de infusão rápida de Ringer Lactato para restabelecimento da volemia, associado à transfusão de hemoderivados (50%) sob a forma de concentrado de hemácias e concentrado de plaquetas, para recompor a perda sanguínea e controlar o risco de distúrbio de coagulação (tabela).

A conduta cirúrgica foi laparotomia de urgência para interromper a perda sanguínea, realizada em todas as pacientes. Foram realizadas ooforectomia, salpingooforectomia e salpingostomia (um caso de cada, 4,5%), além de salpingectomia em 19 (86,3%) pacientes (tabela).

Tabela. Distribuição da frequência da conduta em 21 casos de gravidez ectópica e um caso de cisto de ovário hemorrágico.

Conduta	N	%
Conduta clínica		
Transfusão		
Concentrado de hemácias	9	41
Concentrado de plaquetas	2	9
Total	11	50
Conduta cirúrgica		
Ooforectomia	1	4,5
Salpingooforectomia	1	4,5
Salpingostomia	1	4,5
Salpingectomia	19	82,3
Total	22	100

Fonte: O autor (2014)

DISCUSSÃO

O cenário do estudo foi maternidade de grande movimento com 7.916 internações em 2014 e prevalência de 0,27% de gravidez ectópica rota. A unidade hospitalar é localizada em área de baixa condição sócio-econômico cultural, atendendo pacientes de qualquer procedência, incluindo emergências e atendendo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A prevalência da patologia é baixa, mas causa

grande impacto, sendo responsável por 4-10% das mortes maternas. A incidência de gravidez ectópica está mais elevada (4,3%) nos processos de reprodução assistida, conforme estudo de Zhang no Japão em 2012⁴ com o que não concordou Decler *et al*⁵ em estudo de dez anos, não observando tal aumento.

No presente estudo o perfil das pacientes foi de 27 anos como média de idade, variando que 15 a 37 anos, sendo 13% de adolescentes, com características de pauciparidade, embora com 13,6% de antecedente de cesariana. A presença de gravidez ectópica vai limitar o futuro reprodutivo dessas pacientes, preocupação maior com as adolescentes.

As pacientes procuraram a maternidade com queixa de dor abdominal em praticamente todos os casos (95,5%) e com instabilidade hemodinâmica, evidenciada pela medida da pressão arterial, com média de 100 mmHg (pressão arterial sistólica) e 65 mmHg (pressão arterial diastólica), sem evidência de hemorragia externa volumosa, conduzindo o diagnóstico para hemorragia interna. O diagnóstico de gravidez foi firmado em 54,5% dos casos com β hCG positivo e também pela imagem ultrassonográfica compatível com gravidez ectópica em 77,2% das 22 pacientes. Apesar de ter sido feita somente em 17 pacientes, a ultrasonografia, apresentou alta sensibilidade em 16 casos e apenas em um caso o diagnóstico cirúrgico foi discordante para cisto de ovário. Esta é a orientação de Cicchiello, valorizando o ultrassom como o primeiro exame para esclarecimento de dor pélvica. Esse é o quadro típico de gravidez ectópica rota, em que o choque do tipo hemorrágico domina a clínica⁶.

O diagnóstico de gravidez ectópica é comum (1% a 1,13% de todas as gestações). Embora 97% das implantações ocorram na trompa, ela pode ocorrer em outros locais da pelve e do abdômen. Pode ocorrer no colo do útero (1%), no ovário (1-3%), no abdômen (menos de 1%), cicatriz de cesárea (96 casos em revisão chinesa), na porção intersticial da trompa (3%) e na porção ístmica da trompa (7%)^{7,8}.

O abdômen agudo em mulheres representa um dilema no diagnóstico para a porta de emergência de saúde em várias ocasiões. Eles são uma causa frequente de consulta na emergência, correspondente a 40% das internações, sendo que 99% apresentaram-se rotas na experiência de Cornelius em 2014⁹.

A anamnese e o exame físico são necessários para uma correta abordagem clínica. No entanto, a clínica é muitas vezes insuficiente para chegar a um

diagnóstico definitivo e deve recorrer a métodos de diagnóstico por imagem: ultrassonografia¹⁰ ou tomografia computadorizada, esta apresentando uma percentagem não negligenciável de falsos negativos¹¹. No presente estudo, houve associação de dados da anamnese (dor pélvica em 21/ 22 pacientes = 95,5%), com dados do exame físico (hipotensão diastólica em 11/22= 50%) e ultrassonografia positiva em 16/17 pacientes, sensibilidade de 94%, a ser complementada com outros métodos de imagem se a ultrassonografia não for suficiente para o diagnóstico e o estado hemodinâmico permitir.

A dosagem da gonadotrofina coriônica é compatível com gravidez ectópica, mas também com sua produção por tumores de ovário ou doença trofoblástica¹².

O papel da laparoscopia no diagnóstico do abdômen agudo inferior fica caracterizado pela análise retrospectiva dos últimos dez anos de cirurgias realizadas no Serviço de Ginecologia do Hospital Britânico (Uruguai)¹³. A laparoscópica foi realizada em 1.175 procedimentos, 215 (18,3%) correspondendo a quadro agudo do abdome inferior. A maior prevalência de abdome agudo surgiu entre 30 e 35 anos de idade. No que diz respeito à indicação no pré-operatório, em 43% dos casos correspondeu a suspeita de gravidez ectópica, 32% para tumores anexais complexos e 9% para doença inflamatória pélvica. Todas as outras condições (16%) foram devidas a abdome agudo inespecífico, inicialmente avaliado pelo cirurgião geral como imagens de origem digestiva, que excluídas, estabeleceu-se um diagnóstico de gravidez ectópica em 93,4%.

A comparação da laparoscopia com a laparotomia estudada por Cohen *et al.* (2013)¹⁴, em estudo transversal retrospectivo de pacientes com diagnóstico de gravidez ectópica rota e hemoperitônio maciço (>800 ml) com 60 mulheres; 48 foram submetidas à laparoscopia de urgência e 12 à laparotomia. Não houve diferença no estado hemodinâmico entre os grupos. O tempo cirúrgico foi menor na laparoscopia (50 minutos comparados 60 minutos (p=0,01) e a perda de sangue foi maior no grupo da laparotomia (1.500 ml contra 1.000 ml; p=0,002). Concluíram que a laparoscopia é viável e segura nos casos de gravidez ectópica com hemoperitônio.

A conduta no presente estudo foi ditada pela instabilidade hemodinâmica com dupla abordagem. Clínica com a transfusão de concentrado de hemácias em 41% das pacientes e concentrado de plaquetas em 9%, caracterizando a gravidade do quadro com risco de morte materna se não houvesse intervenção imediata¹⁵. Por

esse motivo, nem sempre há tempo para realização de mais exames, impondo a conduta cirúrgica. Esta consistiu em laparotomia (não havia laparoscópio) e ressecção do órgão fonte do sangramento, com exceção de um caso, em que foi feita salpingostomia, na tentativa de melhorar o prognóstico reprodutivo das pacientes^{16,17}. Em outro caso foi feita ooforectomia, uma vez que o diagnóstico cirúrgico foi de cisto de ovário hemorrágico, diagnóstico que na maioria das vezes só é possível na laparotomia. Na disponibilidade da laparoscopia, esta pode prestar grande ajuda na conservação do ovário em casos raros de gravidez ovariana, conforme experiência de Alkatout *et al.*¹⁸

Os casos foram adequadamente assistidos, comprovado pela alta das pacientes como curadas (20/22=90%) e transferência de duas (2/22=10%) pela necessidade de tratamento intensivo, devido à condição de choque hemorrágico. Estas obtiveram alta após recuperação total. Der *et al.* (2013) atribuíram 8,7% à gravidez ectópica dentre 634 óbitos maternos por causas obstétricas¹⁵.

O estudo tem sua força na ênfase dada à assistência intensiva em pacientes com instabilidade hemodinâmica e risco de vida. A associação da transfusão de hemoderivados à infusão rápida de cristaloides e com a cirurgia oportuna pode ser exemplificada com esta série de casos em como proceder em maternidades de grande movimento e que funcionam como serviços de urgência nos 21 casos de prenhez ectópica rota e um caso de cisto de ovário hemorrágico proveniente de 7.916 internações obstétricas.

O estudo tem sua limitação pelo fato de ter sido realizado em apenas um serviço, durante um período limitado (apenas o ano de 2014). Pretende-se ampliar a base de dados incluindo outros anos e outras maternidades administradas pela mesma instituição, o que pode elevar a casuística a mais de 25.000 partos.

CONCLUSÃO

A gravidez ectópica rota é quadro grave, com risco de morte materna, mais frequente em serviços de emergência, onde as pacientes costumam apresentar-se em quadro de choque. Este exige tratamento imediato e combinado, clínico com transfusão de hemoderivados e cirúrgico com laparotomia ou laparoscopia nos serviços que dispunham do recurso.

A conduta adotada permitiu reduzir a mortalidade materna por gravidez ectópica, mas sua prevalência vem aumentando, necessitando de medidas preventivas para sua redução.

REFERÊNCIAS

1. Arenas CF. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. *Rev Cubana de Obstet y Ginecol.* 2011;30(1):84-99.
2. Samith IC, Ivan Perales C, Germán Romero A. Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: Hospital Base de Los Angeles. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(2):96-100.
3. Fernandes AMS, Ribeiro LP, Moraes FH, Meira PC, Sollero CA, Yamada EM. Prevalência de gestação ectópica de tratamento cirúrgico em hospital público de 1995-2000. *RAMB.* 2004;50(4):413-6.
4. Zhang YL, Sun J, Su YC, Guo YH, Sun YP. [Study on the incidence and influences on ectopic pregnancy from embryo transfer of fresh cycles and frozen-thawed cycles]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2012;47(9):655-8.
5. Perkins KM, Boulet SL, Kissin DM, Jamieson DJ, National ARTSG. Risk of ectopic pregnancy associated with assisted reproductive technology in the United States, 2001-2011. *Obstet Gynecol.* 2015;125(1):70-8.
6. Cicchiello LA, Hamper UM, Scoutt LM. Ultrasound evaluation of gynecologic causes of pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2011;38(1):85-114, viii.
7. Omokanye LO, Balogun OR, Salaudeen AG, Olatinwo AW, Saidu R. Ectopic pregnancy in Ilorin, Nigeria: a four year review. *Niger Postgrad Med J.* 2013;20(4):341-5.
8. Al-Turki HA. A review of 33 years (1980-2013) of data indicating a rise in ectopic pregnancy in Saudi Arabia. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;128(1):33-5.

9. Cornelius AC, Onyegbule A, Onyema, Uchenna ET, Duke OA. A five year review of ectopic pregnancy at Federal Medical Centre, Owerri, South East, Nigeria. *Niger J Med.* 2014;23(3):207-12.
10. Wang J, Xie X. Sonographic diagnosis of intramural pregnancy. *J Ultrasound Med.* 2013;32(12):2215-7.
11. Orazulike NC, Konje JC. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Womens Health (Lond).* 2013;9(4):373-85.
12. Rozenholc A, Abdulcadir J, Pelte MF, Petignat P. A pelvic mass on ultrasonography and high human chorionic gonadotropin level: not always an ectopic pregnancy. *BMJ Case Rep.* 2012;2012.
13. Scasso JC, Scasso S, Laufer J, al. e. Rol de la laparoscopia en los cuadros agudos de abdomen inferior en la mujer. *Rev Med Urug.* 2011;27:82-7.
14. Cohen A, Almog B, Satel A, al. e. Laparoscopy versus laparotomy in the management of ectopic pregnancy with massive hemoperitoneum. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;123(2):139-41.
15. Der EM, Moyer C, Gyasi RK, Akosa AB, Tettey Y, Akakpo PK, et al. Pregnancy related causes of deaths in Ghana: a 5-year retrospective study. *Ghana Med J.* 2013;47(4):158-63.
16. Bedaiwy MA, Volsky J, Lazebnik N, Liu J. Laparoscopic single-site linear salpingostomy for the management of heterotopic pregnancy: a case report. *J Reprod Med.* 2014;59(9-10):522-4.
17. Alptekin H, Dal Y. Heterotopic pregnancy following IVF-ET: successful treatment with salpingostomy under spinal anesthesia and continuation of intrauterine twin pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2014;289(4):911-4.
18. Alkatout I, Stuhlmann-Laeisz C, Mettler L, Jonat W, Schollmeyer T. Organ-preserving management of ovarian pregnancies by laparoscopic approach. *Fertil Steril.* 2011;95(8):2467-70 e1-2.