

GRAVIDEZ ECTÓPICA ABDOMINAL COMO UMA EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA: UM REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Aderito José Oliveira Botelho¹

¹ Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju, Sergipe.

aderito.jose@souunit.com.br

RESUMO

Introdução: A gravidez ectópica é caracterizada pela fixação do embrião fora da cavidade uterina, podendo acontecer no peritônio, constituindo uma gravidez ectópica abdominal. Os sintomas geralmente cursam com dor abdominal, sinais de constipação e sangramento vaginal. O tratamento é clínico ou cirúrgico. **Objetivo:** Identificar as características gerais da gestação ectópica abdominal. **Metodologia:** Mediante análise de artigos científicos obtidos na plataforma PubMed e Scielo. Para suporte literário, foi utilizado o livro Zugaib Obstetrícia. **Resultado e discussões:** Condição rara, classificada em primária ou secundária, que cursa com sintomas semelhantes à implantação em outras regiões. A escassez de métodos de imagens tem aumentado o número de diagnósticos tardios, impactando diretamente na terapêutica a ser seguida. O tratamento cirúrgico acontece por laparotomia. **Conclusão:** Os artigos analisados ratificam a literatura sobre a gravidez ectópica abdominal, confirmando o prognóstico de interrupção da gestação e a posterior submissão da paciente a um procedimento cirúrgico como tratamento.

Palavras-chave: Embrião. Nidação. Extrauterino.

Área temática: Emergências obstétricas e ginecológicas.

INTRODUÇÃO

A gestação é uma condição fisiológica na qual o embrião se implanta e se desenvolve dentro da cavidade uterina, modificando a composição daquela região a fim de formar estruturas necessárias para o pleno desenvolvimento do feto. Em contrapartida, existem outras condições, não fisiológicas, caracterizadas pela implantação do embrião fora da cavidade uterina, podendo nidar-se nas tubas uterinas, em outras porções do útero como cornos e colo, além de também poder se fixar ao abdome.

A localização mais frequente é a gravidez tubária (90% a 95% dos casos). No entanto, a gestação ectópica pode ocorrer também na porção intersticial da tuba, no ovário, na cérvix, na cicatriz da cesárea e na cavidade abdominal quando denominada de gravidez não tubária. A incidência de GE é de 1% a 2% e de 10 a 20/1.000 nascidos vivos (Junior *et al.*, 2008).

Qualquer mulher em idade fértil pode desenvolver uma gestação ectópica. Entretanto, considera-se como de alto risco pacientes com gestação ectópica prévia, história de cirurgia pélvica prévia incluindo ligadura tubária, história de doença sexualmente transmissível, concepção resultante de reprodução assistida, uso prolongado de dispositivo intrauterino, tabagismo, múltiplos parceiros sexuais e história de exposição ao dietilbestrol (Pinto *et al.*, 2012).

Outros fatores como idade avançada acima de 35 anos, danos tubários e história de doença inflamatória pélvica, que ao alterar a função da tuba e provocar a formação de aderências teciduais provocando obstruções, aumentam a probabilidade da mulher vir a desenvolver uma gestação ectópica. O uso de métodos contraceptivos como o DIU é um forte fator de risco, de modo que mais de 50% das

gestantes que utilizam tal método desenvolvem gestação ectópica. Em relação à idade da mulher ao engravidar, em razão das alterações no organismo que a mulher passou durante os anos ou devido a mudanças nas funções das tubas uterinas que provocam redução da velocidade da fixação do embrião útero, tornam mais propício o desenvolvimento desse tipo de gestação.

Os sintomas da gravidez ectópica geralmente ocorrem de 6 a 8 semanas após a o atraso menstrual típico de uma gravidez em curso, predominando sangramento vaginal, que pode ser pouco ou em hemorragia, intermitente ou contínuo; dor pélvica, que pode estar presente em um lado da pelve, mas essa dor pode ser referida no ombro devido a presença de líquido no abdome superior; dor abdominal também pode ser sentida, em decorrência do ingurgitamento dos tecidos pélvicos; além de sinais de instabilidade hemodinâmica, como hipotensão. O quadro clínico da gravidez tubária complicada (aborto ou ruptura) é caracterizado por dor sincopal e lancinante na ruptura tubária e em caráter de cólicas no aborto. O hemoperitônio que se estabelece acentua a dor a todo o abdome, com ocorrência de náuseas e vômitos. Em alguns casos, há dor escapular (Febrasgo., 2021).

A queixa de dor abdominal é o sintoma mais frequente, presente em quase todas as pacientes, porém suas características variam consideravelmente. Pode-se encontrar desde um quadro vago de dor em cólica até a presença de dor sincopal e lancinante. Cerca de 50% das pacientes relatam dor no lado da tuba acometida, 25% apresentam dor difusa por todo o abdome e 25%, no lado oposto. (Zugaib, 2023, p. 587). O diagnóstico da GE tem sido realizado de forma mais precoce com métodos não invasivos e mais opções terapêuticas. Entre elas, destacam-se a cirurgia, que pode ser salpingectomia ou salpingostomia por via laparotômica ou laparoscópica, e o tratamento clínico, que pode ser feito pela conduta expectante ou pelo tratamento medicamentoso com metotrexato (Febrasgo., 2021)

O tratamento pode ser cirúrgico (radical ou conservador) ou clínico (medicamentoso ou expectante), porém, a escolha do tipo de terapêutica deve ser individualizada e depende fundamentalmente da integridade ou não da gravidez ectópica, do estado hemodinâmico da paciente, de seu desejo reprodutivo, do local e tamanho da gravidez ectópica e da experiência do médico com o método a ser empregado e da preferência da paciente (Zugaib, 2023, p. 592).

O objetivo desta revisão é reunir os parâmetros da gravidez ectópica abdominal, uma condição rara e que necessita de um suporte diagnóstico e terapêutico eficaz para a preservação da saúde da gestante, visto que “a mortalidade materna é alta, cerca de 7,7 vezes maior que a observada na gravidez tubária e noventa vezes superior à encontrada na gestação intrauterina” (Zugaib, 2023, p . 601).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica na qual foi utilizada a plataforma PubMed, utilizando-se a base de dados MEDLINE, a partir dos descritores “ectopic pregnancy” e “abdominal”. Os critérios de inclusão foram artigos publicados no último ano e na língua inglesa, encontrando-se inicialmente 73 resultados. Os critérios de exclusão adotados foram artigos que não atendiam a proposta, artigos duplicados e artigos pagos.

Foram selecionados 5 artigos, os quais foram posteriormente submetidos a uma análise minuciosa. Na plataforma Scielo, utilizou-se os mesmos descritores, sendo encontrados 8 artigos, dos quais apenas 1 atendeu aos critérios propostos pelos temas. Ademais, utilizou-se 1 artigo da Revista Médica de Minas Gerais que atendia aos objetivos do artigo. Utilizou-se ao todo 7 artigos para dar escopo ao trabalho e compor a discussão. Como material auxiliar para compor o referencial teórico, utilizou-se do livro Zugaib Obstetrícia.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A gravidez abdominal é uma condição médica rara que ainda não é notada em países em desenvolvimento devido a instalações médicas inadequadas. Os indicadores clínicos se manifestam de várias formas e são inespecíficos, tornando-o desafiador para o diagnóstico e muitas vezes levando à detecção tardia (Diaouga *et al.*, 2024).

A gestação abdominal constitui um evento extremamente raro em Obstetrícia; sua incidência varia de 1 para 10.000 a 1 para 64.000 nascimentos, sendo mais frequente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. Em 1987, Atrash *et al* descreveram uma incidência de 10,9 por 100.000 nascidos vivos nos Estados Unidos, equivalente a 9,2 para 1.000 gestações ectópicas. Na maioria desses casos verifica-se o decesso fetal, em decorrência da insuficiência placentária, por conta da má implantação do trofoblasto. São ainda comuns as deformidades de membros e face do concepto, bem como a hipoplasia pulmonar, conseqüentes à compressão das estruturas abdominais. A morbimortalidade materna é elevada, sendo frequentes complicações cataclísmicas, como a hemorragia do leito placentário. Mais freqüente, todavia, é a dificuldade de extração placentária, por conta de sua implantação em vísceras nobres, como o fígado, não sendo incomum a decisão do tocólogo de deixar a placenta *in situ*, no intuito de evitar o sangramento profuso e a lesão das estruturas abdominais (Santos *et al.*, 1999).

Segundo Santos *et al* (1999), a gestação ectópica na qual o feto ainda esteja vivo é ainda mais rara do que a própria condição, de modo que poucos casos são relatados na literatura. Uma gravidez ectópica abdominal (PEA) é definida como uma gravidez ectópica que ocorre quando o saco gestacional é implantado na cavidade peritoneal fora da cavidade uterina ou da trompa de Falópio. Os locais de implantação podem incluir o omento, o peritônio da cavidade pélvica e abdominal, a superfície uterina e órgãos abdominais, como o baço, o intestino, o fígado e os vasos sanguíneos (Dunphy *et al.*, 2023).

Segundo Zugaib (2023), a gravidez ectópica abdominal é classificada em primária e secundária. A primeira condição ocorre quando o embrião se implanta diretamente sobre o peritônio, membrana que reveste a cavidade abdominal e que envolve os órgãos, enquanto a secundária se refere quando a fixação do embrião ocorre após o abortamento da tuba ou a extensão entre os ligamentos. A implantação peritoneal primária é rara, e os critérios propostos por Studdiford para seu diagnóstico incluem o seguinte: (1) trompas e ovários normais, (2) ausência de fistula útero-placentária e (3) diagnóstico suficientemente precoce para excluir a possibilidade de implantação secundária. A maioria dos casos geralmente é de implantação secundária (Zhang *et al.*, 2023).

O sintoma mais comum da GEA é a dor abdominal, principalmente associada aos movimentos fetais em gestações mais avançadas. O exame físico pode evidenciar massa na cavidade pélvica ou abdominal e útero pequeno para idade gestacional. A palpação de partes fetais fora do útero pode ser achado em gestações mais avançadas. (Paiva *et al.*, 2015). Os sintomas mais comumente encontrados são amenorreia, dor abdominal agravada pelos movimentos fetais nos casos de gestação avançada, sangramento vaginal e alterações do trânsito intestinal (Zugaib, 2023, p. 601).

O diagnóstico é confirmado pelos exames de imagem, como ultrassonografia e ressonância magnética. Frequentemente, observam-se malformações fetais, como assimetria facial e/ou craniana, hipoplasia de membros, alterações articulares (equinovaro) e malformações do sistema nervoso central. (Zugaib, 2023, p. 601). O diagnóstico de gravidez abdominal avançada às vezes é desafiador e deve ser identificado precocemente, em um exame pré-natal de rotina. Ainda não há estratégias de tratamento baseadas em evidências para gravidez abdominal tardia (Sokalska *et al.*, 2023).

Os principais achados ecográficos característicos de gestação abdominal são a presença do feto e da placenta em localização extra-uterina, partes fetais muito próximas da parede abdominal e não-visualização do miométrio entre o feto e/ou a placenta e a bexiga materna (Santos *et al.*, 2019)

A GEA deve ser interrompida no momento do diagnóstico para evitar complicações maternas como hemorragia, infecção, anemia, coagulação intravascular disseminada, embolismo pulmonar e fístula gastrointestinal devido à presença de ossos fetais. A conduta expectante pode ser considerada em casos excepcionais, quando houver um dos seguintes critérios: diagnóstico após 24 semanas, ausência de malformações fetais, estabilidade hemodinâmica materna, monitorização de bem-estar fetal contínua, inserção de placenta distante do fígado e baço e quantidade suficiente de líquido amniótico, podendo-se aguardar a maturidade pulmonar fetal (Paiva *et al.*, 2015).

O tratamento depende fundamentalmente da vitalidade e da viabilidade do produto conceptual. Classicamente, uma vez estabelecido o diagnóstico de gravidez abdominal, em virtude do elevado risco de complicações maternas, particularmente as hemorragias incoercíveis, procede-se à interrupção da gravidez por laparotomia. Quando o diagnóstico é realizado tardiamente, no entanto, diante de feto vivo e viável, pode-se aguardar, com a paciente hospitalizada, até que o produto conceptual se ressinta com menor gravidade das possíveis consequências da prematuridade (Zugaib, 2023, p. 601).

A cirurgia é o tratamento padrão-ouro, dando preferência à laparotomia com incisão mediana, especialmente se há risco de hemorragia. Durante a remoção da placenta há alto risco de hemorragia, já que não há contrações miométriais. Na ausência de hemorragia a placenta é deixada *in situ*; entretanto, são comuns algumas complicações como formação de abscessos, aderências, obstrução intestinal ou uretral e deiscência de ferida operatória. No pós-operatório, as pacientes devem permanecer sob cuidados intensivos. (Paiva *et al.*, 2015).

CONCLUSÃO

Os artigos analisados ratificam as características de raridade previamente estabelecidas pela literatura, à medida que muitos apresentam relatos de casos em que se identificam prévia ou tardiamente a gravidez no peritônio e, ainda mais raramente, alguns relatos que cursaram com sobrevivência do concepto.

Os sintomas associados a gravidez ectópica abdominal, em decorrência de estarem presentes também em outros sítios extrauterinos de nidação, por vezes mascaram a condição e dificultam o diagnóstico, necessitando de uma avaliação mais demorada e associada com métodos de imagem quando sinais e sintomas como dor abdominal, sangramento vaginal e constipação não são esclarecedores da condição. O tratamento para a gravidez ectópica abdominal se dá por meio de processo cirúrgico com laparotomia, necessitando a paciente ser observada a fim de evitar eventuais complicações.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

DIAOUGA, Hamidou Soumana *et al.* **Prolonged abdominal pregnancy incidentally discovered during cesarean section: a case report.** 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38454394/>. Acesso em: 10 jul. 2024.

DUNPHY, Louise *et al.* **Abdominal ectopic pregnancy.** 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37775278/>. Acesso em: 04 jul. 2024.

FEBRASGO. **Gravidez ectópica:** protocolo febrasgo. Protocolo Febrasgo. 2021. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8095190/mod_resource/content/1/Refer%C3%Aancia%20Protocolo%20FEBRASGO%20-%20Prenhez%20ect%C3%B3pica.pdf. Acesso em: 10 jul. 2024.

MAGEZI, Joad *et al.* **Chronicles of an uncommon term abdominal pregnancy with successful outcome: a case report.** 2024. Disponível em: <https://jmedicalcasereports.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13256-023-04312-2>. Acesso em: 06 jul. 2024.

PAIVA, Sara de Pinho Cunha *et al.* **Gestação ectópica abdominal: relato de caso com feto vivo.** 2015. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/1880#:~:text=Gravidez%20ect%C3%B3pica%20abdominal%20%C3%A9%20aquela,precoce%20e%20assist%C3%Aancia%20de%20urg%C3%Aancia..> Acesso em: 09 jul. 2024.

SANTOS, Luiz Carlos *et al.* **Gravidez Abdominal a Termo com Feto Vivo: Relato de Caso.** 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/Hmd9Pc5wzNH6f3fNk6ndjnJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2024.

SOKALSKA, Anna *et al.* **Nontubal ectopic pregnancies: overview of diagnosis and treatment.** 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37495011/>. Acesso em: 07 jul. 2024.

ZHANG, Yanfang *et al.* **A delayed spontaneous second-trimester tubo-abdominal pregnancy diagnosed and managed by laparotomy in a “self-identified” infertile woman, a case report and literature review.** 2023. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05793-1>. Acesso em: 01 jul. 2024.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib obstetrícia.** Barueri: Editora Manole, 2023.