



ARTIGO ORIGINAL

ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES SUBMETIDAS A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA GRAVIDEZ ECTÓPICA EM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO SUL DO BRASIL**ANALYSYS OF EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS SUBMITTED TO SURGICAL TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY IN A PUBLIC HOSPITAL IN THE SOUTH REGION OF BRAZIL**

Giulia Milanesi Brogni¹
Alberto Trapani Jr., Dr.²
Paulo Fernando Brum Rojas, Dr.³

RESUMO

Objetivos: Levantar o perfil epidemiológico, quadro clínico e abordagem cirúrgica de pacientes diagnosticadas com gestação ectópica e que foram submetidas a tratamento cirúrgico. **Métodos:** é um estudo retrospectivo epidemiológico observacional de delineamento transversal. Foi realizado de janeiro de 2014 a agosto de 2020 em um hospital público, de ensino, em nível terciário do sul do Brasil. **Resultados:** Foram estudados casos de 345 pacientes. O tratamento cirúrgico imediato foi realizado em 225 pacientes. A conduta clínica foi realizada em 120 pacientes, desses, 42 evoluíram com resolução espontânea da gestação ectópica e 78 foram submetidos a tratamento com metotrexato. 15 pacientes que foram tratadas com metotrexato necessitaram ainda de cirurgia. 225 pacientes foram submetidas a exame de ultrassom na admissão médica, sendo evidenciada a maior parte das gestações ectópicas localizadas em anexo direito. A maioria das pacientes se apresentou à admissão com gestação ectópica rota e a técnica cirúrgica mais empregada foi a salpingectomia. **Conclusão:** A gestação ectópica continua sendo uma enfermidade que leva a risco de vida muitas mulheres. Ainda, a maioria das pacientes é tratada cirurgicamente e de maneira emergencial, por se apresentarem à admissão com gestação ectópica já rota.

Descritores: Gravidez ectópica; tubas uterinas; salpingectomia; mortalidade materna.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the epidemiological profile, clinical picture and surgical approach of patients diagnosed with ectopic pregnancy and who underwent surgical treatment. **Methods:** this is a retrospective, observational, cross-sectional, epidemiological study. It was carried out from January 2014 to August 2020 in a public teaching hospital at a tertiary level in southern Brazil. **Results:** Cases of 345 patients were studied. Immediate surgical treatment was performed in 225 patients. Clinical management was performed in 120 patients, of which 42 evolved with spontaneous resolution of the

¹Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ-HMG), no município de São José (SC), Brasil. E-mail: giuliabrogni@hotmail.com

²Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ-HMG), no município de São José (SC), Brasil. E-mail: ginecoalberto@yahoo.com.br

³Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ-HMG), no município de São José (SC), Brasil. E-mail: paulofermandorjas@gmail.com



ectopic pregnancy and 78 underwent treatment with methotrexate. 15 patients who were treated with methotrexate still required surgery. 225 patients underwent ultrasound examination at medical admission, with the majority of ectopic pregnancies located in the right appendix being evidenced. Most patients presented with ruptured ectopic pregnancy on admission and the most used surgical technique was salpingectomy. **Conclusion:** Ectopic pregnancy remains a life-threatening disease for many women. Furthermore, most patients are treated surgically and on an emergency basis, as they present at admission with a ruptured ectopic pregnancy.

Keywords: Ectopic pregnancy; fallopian tubes; salpingectomy; maternal mortality.

INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica (GE) ocorre pela implantação de um óvulo fecundado fora da cavidade uterina, mais comumente nas tubas uterinas (> 98% dos casos). Também pode ocorrer em outros locais, como nos ovários, na cavidade abdominal, no corno rudimentar de um útero bicorno, na região cervical, na cicatriz de um hysterotomia, na porção intramural do útero e, casos raros, como gestação heterotópica (gravidez uterina e extrauterina)^(1,2).

Desde o início dos anos noventa, a incidência geral de GE encontra-se em 11 a 20 casos para 1000 gestações, o que significa que, na época da concepção, toda gestante tem aproximadamente 2% de chance de ter uma GE, com um risco de recorrência oito vezes maior nas gestações subsequentes.

Entre os fatores de risco importantes estão os antecedentes de doença inflamatória pélvica (DIP), o hábito de fumar, cirurgia ginecológica prévia, uso de dispositivo intrauterino (DIU)⁽⁴⁾, início precoce da atividade sexual, antecedentes de GEs e procedimentos relacionados a reprodução assistida^(5,6).

Inicialmente, os sinais e sintomas da GE íntegra são semelhantes aos da gravidez tópica: atraso menstrual, náuseas e vômitos. Conforme o quadro evolui, as pacientes apresentam dor progressiva em baixo ventre e uma parcela apresentará sangramento genital de pequena intensidade, sendo o volume uterino menor do que o registrado na gravidez tópica⁽¹⁰⁾. Em mulheres com quadro de dor abdominal intensa de início súbito, sangramento uterino profuso e com sinais de comprometimento hemodinâmico, deve-se suspeitar de GE rota e proceder com os cuidados agudos, como reanimação e tratamento cirúrgico^(6,10). Nos casos de suspeita de GE, em pacientes hemodinamicamente estáveis, o diagnóstico deve ser realizado pela história, exame físico, dosagem dos títulos da β -hCG e a ultrassonografia transvaginal (USTV).

No passado, o tratamento da GE era essencialmente cirúrgico. Nas últimas décadas o tratamento clínico conservador e a conduta expectante, em casos selecionados, tornaram-se opções terapêuticas para um grande número de mulheres com esse diagnóstico. O medicamento mais utilizado para tratamento clínico é o metotrexato, um antagonista do ácido fólico altamente efetivo contra o trofoblasto⁽¹⁰⁾. Os tratamentos cirúrgicos incluem a salpingectomia ou salpingostomia, seja por via laparoscópica ou por laparotomia⁽¹¹⁾. Dois ensaios randomizados demonstram que, apesar do termo



“radical”, não há diferença estatisticamente relevante entre a fertilidade futura para pacientes submetidas à salpingectomia ou salpingoplastia^(25,26).

O presente estudo teve como objetivo levantar o perfil epidemiológico, quadro clínico e abordagem cirúrgica de pacientes diagnosticadas com gestação ectópica e que foram submetidas a tratamento cirúrgico.

MÉTODOS

Este é um estudo retrospectivo epidemiológico observacional de delineamento transversal. Foi realizado no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJ-HMG), no município de São José, estado de Santa Catarina, Brasil, que é uma instituição pública, de ensino e em nível terciário.

Os dados foram coletados em prontuários eletrônicos, incluindo na busca os casos diagnosticados com gravidez ectópica atendidos no período de janeiro de 2014 a agosto de 2020. A amostra analisada consiste em 240 casos com diagnóstico de gestação ectópica tratados com cirurgia.

Foram excluídos os casos submetidos a tratamento conservador, sendo manejo expectante ou tratamento com protocolo de doses de metotrexato, que não necessitaram de tratamento cirúrgico.

Após a coleta de dados, as informações levantadas foram organizadas de acordo com a natureza das suas variáveis e convertidas em tabelas demonstrativas. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2010.

Na rotina da instituição, para a indicação do tratamento cirúrgico é necessário diagnóstico de gravidez ectópica rota, instabilidade hemodinâmica ou contra-indicações ao uso do metotrexato. A presença de atividade cardíaca embrionária, níveis de B-HCG superiores a 5.000 mIU/ml ou desejo da paciente são indicações relativas para o tratamento cirúrgico.

A presença do líquido peritoneal é definida como discreto quando está restrito ao fundo de saco de Douglas e moderado quando se estende a região peri-anexial ipsilateral.

O estudo foi aprovado comitê de ética em pesquisa, sob o número 41902720.1.0000.0110. O financiamento foi próprio e não há conflito de interesses envolvendo os pesquisadores.

RESULTADOS

No período de janeiro de 2014 a agosto de 2020, foram atendidas 345 mulheres com diagnóstico de gravidez ectópica (GE). O tratamento cirúrgico imediato foi realizado em 225 pacientes (65,2%). A conduta clínica foi adotada em 120 (34,8%) casos, desses, 42 evoluíram com resolução espontânea da gravidez ectópica. O tratamento conservador com uso de MTX foi realizado em 78 pacientes, 22,6% dos casos totais de GE. Por fim, daquelas pacientes tratadas clinicamente com metotrexato, 15 ainda evoluíram ao tratamento cirúrgico para resolução da GE (esquema descrito na Figura 1).



As 240 pacientes submetidas ao tratamento cirúrgico tinham idade entre 14 e 41 anos, sendo que 94 (39,1%) eram nulíparas. Vinte e duas pacientes (9,1%) já haviam apresentado GE no passado.

Em 76 casos houve referência de cirurgias pélvicas prévias, sendo 61 cesarianas, 12 salpingectomias por gestação ectópica prévia, dois casos de laqueadura tubária e dois com cesariana e salpingectomia.

Na Tabela 1 encontram-se descritas as características gerais da amostra no momento da admissão na emergência da Maternidade. Na Tabela 2 se encontram as características clínicas e ultrassonográficas encontradas na admissão de pacientes com gravidez ectópica tratadas com cirurgia.

A maioria das pacientes se apresentou à admissão com sintomas de dor pélvica (86,2%) e sangramento vaginal (64,1%). A ausência de dor ou sangramento vaginal ocorreu em 7,1% da amostra.

De todas as pacientes submetidas à cirurgia, 93,7% realizaram exame de ultrassonografia (USG). A localização provável da GE mais prevalente ao exame foi o anexo direito (52,0%). A localização da GE não pôde ser definida ao exame de USG em 13,3% dos casos. Proporcionalmente, as localizações da GE ao USG foram condizentes com as localizações anatômicas.

A principal indicação de cirurgia foi o diagnóstico de GE rota (86,7%). As demais indicações estão na tabela 3.

A técnica cirúrgica utilizada foi, em sua maioria, a salpingectomia (86,2%), seguida da salpingoplastia (4,5%). Outros procedimentos foram adotados, com números menos expressivos, como a anexectomia, ooforoplastia, ooforectomia, ordenha tubária e exérese de saco gestacional em corno uterino.

Em 16 casos (6,7%) foram realizadas cirurgias complementares, sendo cinco curetagens uterinas, cinco oofaroplastias, duas salpingoplastias em tubas remanescentes, uma salpingectomia contralateral, uma laqueadura tubária, uma ooforectomia contralateral e uma apendicectomia.

Em 10% dos casos houve necessidade de transfusão de concentrado de hemácias e não houve óbito materno por GE no período estudado.

Realizou-se, por fim, análise comparativa entre características epidemiológicas e clínicas das pacientes e a técnica operatória empregada, seja conservadora ou radical (salpingectomia) – tal análise se encontra exposta na Tabela 4. O encontrado foi que não houve relação estatisticamente relevante entre adolescência, idade maior ou igual a 35 anos, cor não branca, nuliparidade, gestação ectópica prévia, aborto prévio, cirurgia pélvica prévia, tabagismo, atividade cardíaca embrionária, necessidade de hemotransfusão e a escolha da técnica cirúrgica adotada, se conservadora ou radical.



DISCUSSÃO

Metade das pacientes tinha idade entre 21 a 30 anos, com média de 28 anos. O mesmo padrão de idade é encontrado em alguns estudos semelhantes^(4,31,33,37). Em outros estudos, porém, percebe-se uma média de faixa etária maior, entre 30 a 35 anos^(28,32,35) – estes trabalhos também demonstram uma prevalência crescente até a idade de 35 anos – fator que pode estar relacionado ao aumento das taxas de gravidez ectópica (GE) juntamente com o aumento da paridade e da presença de outros fatores de risco. Notou-se, ainda, que 15% da amostra eram mulheres de 14 a 20 anos, o que evidencia o início precoce da atividade sexual. Tal dado promove um alerta: a relevância da educação sexual em âmbito público para preservação da saúde reprodutiva das mulheres e para a diminuição da exposição sexual precoce, a fim de prevenir, não somente a GE, mas gravidez na adolescência e infecções sexualmente transmissíveis.

A multiparidade se mostra como fator de risco isolado, mas também se observa neste grupo de mulheres a sobreposição com outros fatores de risco: aumento da faixa etária, maior exposição à doença inflamatória pélvica, uso de DIU e cirurgias pélvicas prévias. Alguns estudos observaram uma relação entre multiparidade e maior risco de GE rota⁽³⁷⁻³⁹⁾ – essa constatação pode ser devido ao estado de alerta das mulheres nulíparas em relação aos primeiros sintomas, como sangramento vaginal e dor abdominal.

Aproximadamente um terço das pacientes apresentava pelo menos uma cirurgia pélvica prévia – cesarianas, salpingectomias, laqueaduras tubárias – dado que se assemelha a outros estudos^(31-33,35). Cirurgias pélvicas podem predispor GE devido à criação de aderências pélvicas, as quais prejudicam a motilidade das tubas uterinas, além de predispor infecções pélvicas iatrogênicas. Relaciona-se à presença de cirurgias pélvicas prévias, a história de gestação ectópica prévia⁽³⁹⁾. Neste estudo, encontrou-se 9,2% de pacientes que já tiveram a experiência de gestação ectópica prévia.

Pacientes com GE podem se apresentar clinicamente de diversas maneiras. Na amostra, observou-se apenas 7,1% de pacientes que se apresentaram assintomáticas à admissão, ou seja, pacientes que foram diagnosticadas através de exames de imagem de rotina de pré-natal: é um número proporcionalmente pequeno, porém se deve lembrar que sofre o viés de estar em uma amostra de pacientes que foram tratadas cirurgicamente.

Das 345 pacientes que foram admitidas no serviço, 55,6% já se apresentavam à admissão com GE rota, necessitando de tratamento cirúrgico de emergência. Em estudos nacionais e internacionais de metodologia semelhante^(4,27,30-32), a taxa de GE rota se manteve em torno de 65-69%, chegando até taxas de 90,3% em determinado estudo brasileiro⁽³⁶⁾. Apesar de apresentarmos um número menor em comparação aos demais estudos, ainda possui sua relevância, por se tratar da maioria das pacientes que chegam ao serviço com GE. Tal dado demonstra que existe uma deficiência no diagnóstico precoce e ambulatorial da doença: assistência deficiente pela Atenção Primária à Saúde, associado à demora em



realizar os primeiros exames complementares da rotina de pré-natal. Somam-se a isso mulheres que tardam a chegar ao serviço de Saúde para diagnóstico da gestação e início do pré-natal. Um estudo brasileiro da cidade de Belém demonstrou que, das 15 pacientes diagnosticadas com GE, 13 não possuíam conhecimento da própria gestação⁽²⁹⁾.

Todas as cirurgias foram realizadas por laparotomias. A técnica cirúrgica de maior escolha foi a salpingectomia. A mesma frequência desta técnica é vista em outros estudos de diversos países e períodos^(4,27,35,39). Tradicionalmente, a salpingectomia é a técnica padrão, chamada também de radical, enquanto que a salpingoplastia consiste em uma opção de cirurgia conservadora⁽²⁴⁾. Em análise comparativa realizada entre características epidemiológicas e clínicas das pacientes e a técnica operatória empregada, seja conservadora ou radical, nenhuma comparação foi estatisticamente relevante. Pode-se supor que a escolha preferencial à salpingectomia se dê por ser técnica consagrada há muitos anos para tratamento de GE, e por consequência a maioria dos cirurgiões ginecológicos se encontra mais familiarizado a ela, além de que, em muitos casos de GE rota a manutenção da tuba uterina não é viável.

Observou-se, em 10% da amostra, a necessidade de uso de hemoderivados, o que pode demonstrar que anemia aguda por perda sanguínea foi uma complicação imediata. Outros estudos demonstram o mesmo fato: a anemia com consequente necessidade de hemotransfusão foi uma complicação frequente, com taxas maiores se comparado a este trabalho, chegando a 69%^(14,27,30-32,39). Acredita-se, ainda, que o perfil de complicações relacionado às cirurgias foi subvisualizado, principalmente aquelas que ocorrem após a alta hospitalar, como infecções de ferida operatória ou deiscência de sutura.

A mortalidade materna se relaciona, tanto com a rotura da GE, quando ao choque hipovolêmico, e se sabe que a morte por GE corresponde a 6-8% de todas as mortes maternas^(14,34). Felizmente, não observamos nenhum caso de morte materna – tal dado pode demonstrar o resultado de um pronto diagnóstico e manejo adequado dessas pacientes. Porém, ao se fazer comparações com outros estudos^(4,14,27,30-32,39), observamos que no presente estudo tivemos taxas menores de hemotransfusão e de GE rota – tal dado pode demonstrar que, de maneira geral, foram atendidas mais mulheres em estágio inicial da patologia, ou seja, mulheres hemodinamicamente estáveis, o que contribui para a baixa mortalidade.

CONCLUSÃO

A maioria das mulheres atendida no Hospital Regional de São José com diagnóstico de gestação ectópica é branca, com média de idade de 28 anos, com pelo menos uma gestação prévia. O quadro clínico mais prevalente à admissão é dor pélvica associado a sangramento vaginal.



Ainda, a maioria das pacientes é tratada cirurgicamente e de maneira emergencial, por se apresentarem à admissão com gestação ectópica já rota. A técnica operatória padrão é a salpingectomia por laparotomia. Ao inventário da cavidade abdominal, observa-se a maior parte das gestações ectópicas localizadas em tuba uterina direita.

Em análise comparativa realizada entre características epidemiológicas e clínicas das pacientes e a técnica operatória empregada, seja conservadora ou radical, nenhuma comparação é estatisticamente relevante.

REFERÊNCIAS

1. Barnhart KT, Guo W, Cary MS, et al. **Differences in Serum Human Chorionic Gonadotropin Rise in Early Pregnancy by Race and Value at Presentation.** *Obstetrics and Gynecology.* 2016; 128(3): 504-11. doi: 10.1097/AOG.0000000000001568
2. Asah-Opoku K, Opponing SA, Ameme DK, et al. **Risk factors for ectopic pregnancy among pregnant women attending a tertiary healthcare facility in Accra, Ghana.** *Int J Gynaecol Obstet.* 2019; 147(1):120-125. doi: 10.1002/ijgo.12928
3. Ellaithy M, Asiri M, Rateb A, et al. **Prediction of recurrent ectopic pregnancy: A five-year follow-up cohort study.** *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018; 225:70-78. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.04.007
4. Fernandes MAS, Moretti TBC, Olivotti BR. **Aspectos Epidemiológicos e Clínico das Gestações Ectópicas em Serviço Universitário no Período de 2000 a 2004.** *Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo.* 2007; vol. 53, n. 3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000300017>
5. Nether GM, Guerra NG, Porto MSR, Pedreira JHG BF, et al. **Tratamento Conservador da Gravidez Ectópica.** *Revista Caderno de Medicina, Teresópolis.* 2019; vol. 2, n. 2. Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1383>. Acesso em: 15 nov. 2020.
6. Zugaib M. (ed); VIEIRA RP (co-ed). **Obstetrícia.** 4 ed. São Paulo: Manole, 2020
7. Alalade AO, Smith FJ, Kendall CE. **Evidence-based management of non-tubal ectopic pregnancies.** *J Obstet Gynaecol.* 2017; 37(8):982-991. Doi: 10.1080/01443615.2017.1323852
8. Taran FA, Kagan KO, Hübner M, et al. **The diagnosis and treatment of ectopic pregnancy.** *Deutsches Ärzteblatt International.* 2015; v. 112(41), p. 693-704. Doi: 10.3238/arztebl.2015.0693
9. Tulandi T. **Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis** [Internet]. UpToDate. 2020; [citado 2021 jan 5]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis>
10. Araújo FM, Chaves AC, Silva FM, et al. **Gravidez ectópica: abordagem diagnóstica e terapêutica.** *Revista Médica de Minas Gerais, Minas Gerais.* 2008; v.18 (3 Supl. 4), p. 63-67, Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1383>



11. Elito JR. J., Montenegro NA, Soarea RC. **Gravidez ectópica não rota – diagnóstico e tratamento.** Situação atual. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2008; v.30 n.3, Rio de Janeiro. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000300008>
12. Tulandi T.; **Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites** [Internet]. UpToDate. 2020; [citado 2021 jan 5]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-epidemiology-risk-factors-and-anatomic-sites>
13. Tulandi T. **Ectopic pregnancy: Methotrexate therapy** [Internet]. UpToDate. 2020; [citado 2020 Dec 15]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-methotrexate-therapy/print?source=related_link
14. Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. **Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review.** Fertility Research and Practice. 2015; v.1. Doi: 10.1186/s40738-015-0008-z
15. Gregory H. Corsan, karacan M, Qasim S, et al. **Identification of hormonal parameters for successful systemic single-dose methotrexate therapy in ectopic pregnancy, Human Reproduction.** 1995; v.10, n. 10; p. 2719–2722. [citado 2020 dez 15]. doi: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a135774
16. Murphy AA, Naker CW, Wujek JJ, et al. **Operative laparoscopy versus laparotomy for the management of ectopic pregnancy: a prospective trial.** Fertility and Sterility. 1992; 57 (6): 1180 – 1185.
17. Hyland A, Piazza KM, Hovey KM, et al. **Associations of lifetime active and passive smoking with spontaneous abortion, stillbirth and tubal ectopic pregnancy: a cross-sectional analysis of historical data from the Wome’s Health Initiative.** BMJ. 2014..
18. Ding DC, et al. **Laparoscopic Management of Tubal Ectopic Pregnancy.** JSLS. 2008; 12: 273-276.
19. Gray DT, Thorburn J, Lunderoff P, et al. **A cost-effectiveness study of a randomised trial of laparoscopy versus laparotomy for ectopic pregnancy.** Lancet. 1995; 345: 1139-43.
20. Lunderoff P, Thorburn J, Hahlin M, et al. **Laparoscopic surgery in ectopic pregnancy, a randomized trial versus laparotomy.** Acta Obst Gynecol Scand. 199; 70: 343-48.
21. Tulandi T, Guralnick M. **Treatment of tubal ectopic pregnancy by salpingotomy with or without tubal suturing and salpingectomy.** Fertility and Sterility. 1991; 55 (1): 53-55.
22. Fujushita A, Masuzaki H, Khan KN, et al. **Laparoscopic salpingotomy for tubal pregnancy: comparison of linear salpingotomy with and without suturing.** Human Reproductoin. 2004; 19 (5): 1195-1200.
23. Barnhart KT. **Ectopic Pregnancy.** N Engl J Med. 2009; 361:379-87.
24. Tulandi, T. **Ectopic pregnancy: Surgical treatment.** UptoDate. Atualizado em dezembro de 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-surgical-treatment?search=gestation%20ectopic&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=defaul&display_rank=4



25. Fernandez H, Capmas P, Lucot JF, et al. **Fertility after ectopic pregnancy: the DEMETER randomizez trial.** Human Reproduction. 2013; 28 (5): 1247-53.
26. Mol F, Melo NM, Strandell A, et al. **Salpingotomy versus salpingectomy in women with tubal pregnancy (ESEP study): an open-label, multicentre, randomized controlled trial.** Lancet. 2014; 383: 1483-89.
27. Fernandes AMS, Ribeiro LP, Moraes FH, et al. **Prevalência de gestação ectópica de tratamento cirúrgico em hospital público de 1995-2000.** ACM, 2004; 50 (4): 413-6.
28. Rodrigues RCB, Alves CP, Evangelista AV, et al. **Perfil sociodemográfico de mulheres que apresentam gravidez ectópica.** XV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, 2011.
29. Campos LCO, Sá CA, Santos SN, et al. **Perfil socioepidemiológico de mulheres acometidas por gravidez ectópica atendidas em um hospital público de referência em gestação de alto risco na cidade de Belém, Estado do Pará, Brasil.** Pan-Amaz Saúde, 2012; 3(4):35-42.
30. Lima ACS, Rêgo AD, Teixeira AS, et al. **Aspectos clínico-epidemiológicos da gravidez ectópica em um hospital da região amazônica: análise do período de 2010 a 2014.** Núcleo do conhecimento, 2019.
31. Maheswari S, Poornima C, Lalitha N, et al. **Analysis of various types of ectopic pregnancies: a five-year review.** International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynaecology. 2018; 7(6):2410-2414.
32. Shakya B. **Analysis of ectopic pregnancy at Paropakar Maternity and Women's Hospital.** NJOG. 2021; 16(32):52-56.
33. Islam A, Fawad A, Shah AA, et al. **Analysis of two years cases of ectopic pregnancy.** J Ayub Med Coll Abbottabad. 2017; 29(1).
34. Marion LL, Meeks GR. **Ectopic pregnancy: history, incidence, emiodemiology and risk factors.** Clinical Obstetrics and Gynecology. 2012; 55(2), 376-386.
35. Tuomivaara L, Kaupilla A, Puolakka J. **Ectopic pregnancy – an analysis of the etiology, diagnosis and treatment in 552 cases.** Arch Gynecol. 1986; 237: 135-147.
36. Bacurau PAM, Inácio NTD, Barros NC. **Prevalência de gestação ectópica de tratamento cirúrgico em hospital de referência no município de Barbalha/CE, no período de 2006 a 2012.** IV Encontro UFC Cariri. 2012.
37. Patel KS, Nag RS, Jain L. **Ruptured ectopic pregnancy, the challenges for the obstetrician: single center prospective study.** International Journal of Contemporary Medical Research. 2018, 5(5).
38. Sindos M, Togia A, Sergentanis TN, et al. **Ruptures ectopic pregnancy: risk factors for a life-threatening condition.** Arch Gynecol Obstet. 2009, 279:621-623. Doi 10.1007/s00404-008-0772-7



39. Bondada SC, Malathi T. **Clinical perspective of ectopic pregnancy in a tertiary care hospital in Karkanataka, India.** International Journal of Science and Research. 2017, 6:391.

FIGURAS E TABELAS

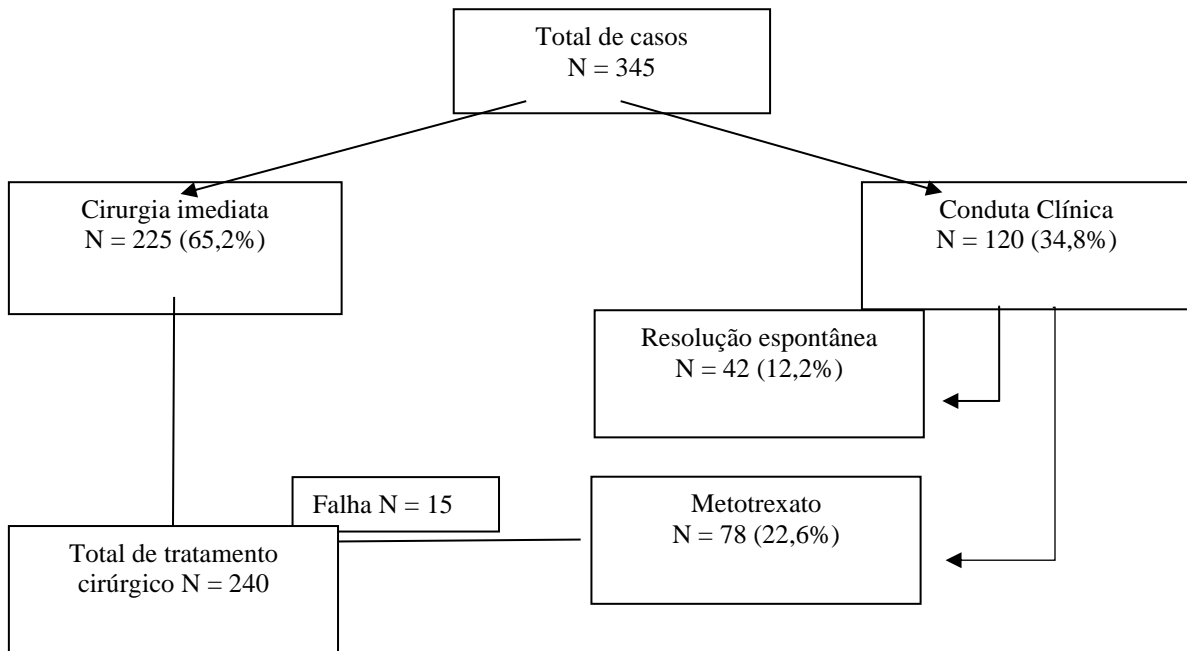


Figura 1 – Gestações ectópicas de janeiro de 2014 a agosto de 2020

**Tabela 1** – Características gerais das pacientes com gestação ectópica tratadas com cirurgia. (n = 240)

Características	n	%
Idade		
10 a 20 anos	24	10,0
21 a 30 anos	121	50,4
31 a 40 anos	89	37,1
41 a 50 anos	6	2,5
Cor da pele		
Branca	207	86,2
Parda	10	4,2
Preta	23	9,6
Paridade		
Nulípara	94	39,2
Parto vaginal ou cesárea prévia	146	60,8
Gestação ectópica prévia		
Sim	22	9,2
Não	218	90,8
Abortamento prévio		
Sim	47	19,6
Não	193	80,4
Cirurgia pélvica prévia		
Sim	77	32,1
Não	163	67,9
Tabagismo		
Sim	4	1,7
Não	236	98,3

**Tabela 2** – Características gerais das pacientes com gestação ectópica tratadas com cirurgia. (n = 240)

Características	n	%
Apresentação		
Dor pélvica e sangramento vaginal	138	57,5
Dor pélvica sem sangramento vaginal	69	28,7
Sangramento vaginal sem dor pélvica	16	6,7
Sem dor pélvica ou sangramento vaginal	17	7,1
Localização ao exame de ultrassonografia*		
Anexo direito	117	52,0
Anexo esquerdo	75	33,3
Corno uterino	2	0,9
Fundo de saco vaginal	1	0,4
Desconhecida	30	13,3
Atividade cardíaca embrionária visível*		
Sim	41	18,2
Não	184	81,8
Localização anatômica		
Tuba direita	124	51,7
Tuba esquerda	102	42,5
Ovário direito	6	2,5
Ovário esquerdo	5	2,1
Corno uterino	2	0,8
Cavidade abdominal (fundo de saco)	1	0,4

*Considerando os casos em que o exame de ultrassonografia foi realizado (n=225)

**Tabela 3** – Características relacionadas ao tratamento cirúrgico. (n = 240)

Características	n	%
Indicação da cirurgia		
Rotura à admissão	198	82,5
Contraindicação ao tratamento clínico	21	8,7
Rotura durante o tratamento clínico	10	4,2
Falha do tratamento clínico*	6	2,5
Recusa do tratamento clínico	4	1,7
Abandono do tratamento clínico	1	0,4
Cirurgia conservadora**		
Sim	14	5,8
Não	226	94,2
Cirurgia principal		
Salpingectomia	207	86,2
Anexectomia	12	5,0
Ooforectomia	4	1,7
Oofaroplastia	2	0,8
Salpingoplastia	11	4,6
Exérese massa em corno uterino	2	0,8
Ordenha tubária	1	0,4
Exérese de massa abdominal	1	0,4
Necessidade de hemoderivados		
Sim	24	10,0
Não	216	90,0

*Persistência do aumento da gonadotrofina coriônica humana e/ou aumento da massa anexial

**Oofaroplastia, salpingoplastia ou ordenha tubária



Tabela 4. Análise comparativa dos casos em que foram adotadas as técnicas conservadoras, com os que realizaram a salpingectomia, entre as pacientes submetidas à cirurgia por gestação tubária. (n = 226)

Características	Conservador* N=12 n (%)	Salpingectomia N=214 n (%)	Total N=226 n (%)	RR (IC 95%)	p
Adolescentes	01 (08,3)	14 (06,5)	15 (06,6)	1,27 (0,18-8,90)	0,808
Idade \geq 35 anos	01 (08,3)	45 (21,0)	46 (20,3)	0,39 (0,06-2,63)	0,288
Cor não branca	01 (08,3)	32 (14,9)	33 (14,6)	0,56 (0,48-3,74)	0,527
Nuliparidade	02 (16,7)	62 (29,0)	64 (28,3)	0,58 (0,16-2,07)	0,357
Gestação ectópica prévia	02 (16,7)	19 (08,9)	21 (09,3)	1,87 (0,49-7,14)	0,366
Aborto prévio	04 (33,4)	39 (18,2)	43 (19,0)	1,82 (0,78-4,28)	0,194
Cirurgia pélvica prévia	04 (33,4)	64 (29,9)	68 (30,1)	1,11 (0,49-2,55)	0,801
Tabagismo	01 (08,3)	3 (01,4)	04 (01,8)	5,94 (0,67-52,9)	0,605
Atividade cardíaca embrionária	02 (16,7)	40 (18,7)	42 (18,6)	0,89 (0,24-3,26)	0,861
Necessidade de HD	01 (08,3)	23 (10,7)	24 (10,6)	0,75 (0,11-5,27)	0,792

*Salpingoplastia (11) e ordenha tubária (01)

HD: Hemoderivado; RR: Risco relativo; IC: Intervalo de confiança.