



ARTIGO ORIGINAL

AVALIAÇÃO DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS OPÇÕES TERAPÊUTICAS NA GESTAÇÃO ECTÓPICA**EVALUATION OF ASSOCIATED FACTORS WITH THERAPEUTIC OPTIONS IN ECTOPIC PREGNANCY**

Rodrigo Dias Nunes¹
Izabela Cristina Sponchiado Sabadin²
Isabela Ribeiro Siqueira³

RESUMO

A gestação ectópica refere-se à implantação de um ovo fertilizado fora do seu lugar habitual, sendo uma importante causa de morbimortalidade materna. Este estudo objetiva avaliar os fatores referentes ao diagnóstico das pacientes com gestação ectópica atendidas em um hospital público e sua correlação com o tratamento realizado. Trata-se de um estudo epidemiológico observacional de delineamento transversal com prontuários de pacientes que tiveram diagnóstico e tratamento da gestação ectópica no HRSJ-HMG, entre janeiro de 2009 e dezembro de 2012. Foi realizado um censo com número total de 81 prontuários. As informações obtidas pelo instrumento de coleta foram inseridas no programa SPSS 18.0 e posteriormente, analisadas. O nível de significância estabelecido foi valor de $p < 0,05$. Foi observada uma prevalência de 1,6% de gestações ectópicas neste serviço. A média de idade foi 27,5 anos, sendo a maioria das pacientes com cor de pele branca e vivendo com parceiro. A média da idade gestacional foi de 4,6 semanas e a maioria das pacientes teve, ao menos, uma gestação tópica anteriormente. Os valores laboratoriais médios foram: Ht em 32,9%, Hb em 9,3 mg/dL e B-hCG em 2980 mUI. A média de tamanho do embrião foi de 6,1 mm. A maioria das gestações não apresentava BCF e a maioria das pacientes não possuía hemoperitônio no momento do diagnóstico. A maior parcela das pacientes foi tratada por salpingectomia. Não há associação significativa entre as características sociodemográficas, clínico-obstétricas, laboratoriais e ultrassonográficas e o tratamento de escolha para a gestação ectópica.

Descritores: Gestação ectópica. Tratamento. Fatores de risco.

ABSTRACT

Ectopic pregnancy refers to implantation of a fertilized egg outside their usual place, and it is an important cause of maternal morbidity and mortality. This study aims to evaluate the factors related to the diagnosis of patients with ectopic pregnancy treated at a public hospital and its correlation to the treatment. This is an observational epidemiological cross-sectional study with records of patients who had the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy in HRSJ-HMG, between January 2009 and December 2012. A census with total number of 81 records was selected. The information obtained by the collection instrument were entered into

¹ Chefe do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da HRSJ-HMG. São José / SC. Coordenador da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia Ambulatorial do Sistema materno-Infantil da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Palhoça / SC

² Acadêmica do curso de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Palhoça / SC

³ Acadêmica do curso de medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Palhoça / SC



SPSS 18.0 and later analyzed. The significance level was $p < 0.05$. a prevalence of 1.6% of ectopic pregnancies in this service was observed. The mean age was 27.5 years, and most of the patients were caucasian and lived with a partner. The mean gestational age was 4.6 weeks and most patients had at least one previous topic pregnancy. The mean laboratory values were: 32.9% Ht, Hb 9.3 mg/dL and B-hCG mIU 2980. The average embryo size was 6.1 mm. Most pregnancies had no BCF and most patients did not have hemoperitoneum at diagnosis. The largest portion of patients was treated by salpingectomy. There is no significant association between the sociodemographic, clinical and obstetrical, laboratory and ultrasound and the treatment of choice for ectopic pregnancy.

Keywords: Ectopic pregnancy. Treatment. Risk factors.

INTRODUÇÃO

Gestação ectópica (GE), derivada do grego *ektopos* (fora de lugar), refere-se à implantação de um ovo fertilizado fora do seu lugar habitual, ou seja, fora da cavidade uterina. Cerca de 95% das GE ocorrem nas tubas uterinas, sendo sua maioria na região ampular das mesmas. Outros sítios de implantação são a região intersticial do miométrio (1-6%), colo uterino (menos de 1%), ovário (0,5%-3%), cavidade peritoneal (incomum) e cicatrizes de cesariana (6,1% das gestações com uma cicatriz uterina prévia por cesariana).¹

Essa condição é uma importante causa de morbidade e ocasionalmente mortalidade materna, tendo em vista que 1 a 2% das gestações relatadas são extrauterinas. Mortes associadas a esta condição estão caindo, embora mais 3/4 de todas as mortes no primeiro trimestre de gestação estejam relacionadas a um quadro de GE.² Alguns estudos relacionam essa morbimortalidade à atenção pelos profissionais da saúde, onde a conscientização sobre a gravidade do quadro e sua prevalência não tão rara, levam a um maior cuidado na avaliação de uma paciente com possível diagnóstico de GE, possibilitando manejo precoce e adequado.³

Acredita-se que a GE, mundialmente, possui frequência de 11/1000 gestações.¹ Porém essas taxas não são fidedignas, pois podem não incluir aquelas em que o desfecho é um aborto precoce desse ovo fecundado, bem como os raros casos que resultam em nascidos vivos. Em alguns locais o manejo dessas pacientes é feito em regime ambulatorial, não aparecendo nas estatísticas hospitalares.² No Brasil, dados de prevalência e incidência são insuficientes. Um estudo na região de Campinas de 2000 a 2004 mostra que a frequência de GE não cresceu durante o período, mas manteve-se como patologia de difícil diagnóstico e tratamento.⁴



As evidências atuais quanto a etiologia da GE sugerem que uma disfunção tubária pode causar um transporte deficiente do embrião e aprisioná-lo nesse ambiente, isso ocorre devido a uma falha no mecanismo de batimento ciliar causado por uma inflamação local.⁵

Inúmeros fatores de risco têm sido identificados nessas pacientes, destacando-se as infecções tubárias por patógenos ascendentes do trato genital inferior, além de cirurgias tubárias prévias, endometriose, tabagismo, idade mais avançada, aborto espontâneo anterior, dispositivo intrauterino, técnicas de reprodução assistida, casos de GE anterior e paridade; sendo os dois últimos também fatores de risco para a ruptura da GE, juntamente com os níveis mais altos de subunidade *beta* da gonadotrofina coriônica humana (β -hCG) e idade gestacional mais avançada no momento da descoberta dessa afecção.^{1,2,6-9} Estudos recentes mostram que alguns polimorfismos genéticos, antes considerados fatores de risco para GE, não estão relacionados com essa afecção.¹⁰

A tríade clássica dos sintomas da GE inclui amenorréia, dor abdominal e sangramento vaginal. Estes podem ser acompanhados por dor no ombro, síncope e choque.¹ A observação desses sintomas e a história da paciente podem nos dar um diagnóstico precoce da GE.¹¹

O diagnóstico pode ainda ser feito através de uma laparoscopia¹, porém, o avanço de outros métodos permite uma descoberta mais precoce e menos invasiva da GE¹⁻², são eles: ultrassonografia transvaginal, níveis de β -hCG sérico, progesterona sérica, marcadores bioquímicos (creatino-quinase e CA-125) e medida do mRNA placentário, os dois últimos pouco utilizados na prática clínica¹²⁻¹⁶.

A resolução da GE dá-se basicamente de três maneiras: tratamento cirúrgico, expectante ou medicamentoso; a escolha do melhor método depende de alguns fatores. O tratamento cirúrgico é feito através de laparotomia ou laparoscopia, com salpingectomia ou salpingostomia, dependendo do desejo reprodutivo e do estado hemodinâmico da paciente.^{1,2,17} O tratamento medicamentoso na GE íntegra é feito com metotrexato sistêmico, cuja eficácia depende do nível sérico do β -hCG, tamanho do saco gestacional e presença ou não de batimentos cardíacos fetais, vistos pela ultrassonografia transvaginal.¹⁹⁻²² E o tratamento expectante é feito aguardando e monitorando essa GE se resolver sem qualquer intervenção, sendo realizado apenas em mulheres com descoberta inicial dessa gestação e com a mesma íntegra, entre outros parâmetros.^{1,2,11}

A gestação ectópica é um assunto muito amplo e ainda há muito a ser descoberto. Este estudo mostra sua importância por contribuir com dados estatísticos, visando aumentar o número de estudos relacionados às gestações ectópicas. Promover melhores acompanhamentos e orientações às mulheres atendidas no referido serviço, além de auxiliar na identificação precoce dessa grave intercorrência obstétrica, na tentativa de redução da morbidade e mortalidade inerentes à sua evolução.



Este trabalho tem como objetivo avaliar os fatores associados às opções terapêuticas da gestação ectópica nas pacientes atendidas em um hospital público.

MÉTODOS

Este trabalho é um estudo epidemiológico observacional analítico de delineamento transversal.

O estudo foi desenvolvido no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia da Maternidade do Hospital Regional de São José – Homero de Miranda Gomes (HRSJ-HMG), no município de São José, estado de Santa Catarina.

Participaram deste estudo prontuários das pacientes que estiveram internadas com diagnóstico de gestação ectópica na Maternidade do HRSJ-HMG, no período de janeiro de 2012 até junho de 2013. Foi realizado, portanto, um censo, com o número total de prontuários. Foram incluídos os prontuários de pacientes que realizaram o tratamento para a gestação ectópica neste serviço. Foram excluídos os prontuários que não continham todas as informações necessárias.

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISUL e autorização do HRSJ-HMG, foram efetuadas as buscas pelos prontuários das pacientes atendidas neste serviço, com diagnóstico de gestação ectópica. Os dados sobre as variáveis foram colhidos diretamente dos prontuários.

Os dados extraídos dos prontuários foram coletados preenchendo-se as informações em um instrumento de coleta de dados especialmente desenvolvido para o presente estudo.

As informações obtidas pelo instrumento de coleta foram inseridas em um banco de dados, desenvolvido em meio eletrônico – programa Microsoft Excel. Após, foram exportados para o programa SPSS 16.0 (*Statistical Package for the Social Sciences. Version 16.0. [Computer Program]. Chicago: SPSS Inc.; 2008*) onde foram analisados.

As variáveis qualitativas foram descritas através de frequências absolutas e relativas, enquanto que as variáveis quantitativas foram descritas sob a forma de médias e desvios-padrão para a posterior realização da análise bivariada. Os testes do qui-quadrado (χ^2) ou prova exata de Fisher foram utilizados para testar a homogeneidade de proporções. Foram calculadas razões de prevalência (RP) e os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% entre as variáveis. O nível de significância estabelecido foi valor de $p < 0,05$.

Quanto ao intervalo DT (diagnóstico e tratamento) e o tempo de internação, foram calculadas suas médias e usadas como pontos de corte para análise.



Este estudo fundamentou-se nos princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados teve início após submissão e aprovação do projeto pelo CEP da UNISUL sob número 288.599.

Em função do estudo ser realizado através de coleta de dados de prontuários e consequente impossibilidade de obtenção de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todas as participantes, foram efetivados a justificativa para não utilização de TCLE e o Termo de Compromisso na Utilização dos Dados (TCUD).

Foram respeitados os princípios éticos da privacidade, confidencialidade, beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia dos dados coletados. Os resultados serão encaminhados para publicação em periódicos científicos. Após a análise de dados, por um período mínimo de cinco anos, serão arquivadas todas as informações. Não existe conflito de interesses entre os pesquisadores e os sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS

No estudo presente foram incluídos os dados de 81 prontuários de pacientes diagnosticadas com gravidez ectópica entre os anos de 2009 e 2012 na instituição supracitada e submetidas a tratamento da intercorrência nesse local. Foi observada uma prevalência de 1,6% de gestações ectópicas em relação às gestações tópicas, que também tiveram desfecho naquela instituição, neste mesmo período. Quanto à distribuição de pacientes com GE durante os anos, encontrou-se 35 (43,2%) delas no ano de 2009, 30 (37%) no ano de 2010, 9 (11,1%) em 2011 e por fim 7 (8,6%) pacientes no ano de 2012.

Destaca-se a média de idade das pacientes que desenvolveram esse tipo de gravidez, 27,5 anos, variando de 15 anos a 41 anos.

Em relação às clínico-obstétricas, a média da idade gestacional das pacientes no momento da descoberta do diagnóstico foi de 4,6 semanas, onde o mínimo foi 1 semana e o máximo 10 semanas de gestação. As demais características estão relacionadas na tabela abaixo.

O hematócrito das pacientes, no momento da admissão, esteve em um valor médio de 32,9%, sendo o menor valor 17% e o maior 42%. Quanto à hemoglobina, a média de valores resultou em 9,3mg/dL, variando entre 5,9mg/dL e 13mg/dL. Outro parâmetro laboratorial analisado foi o valor de B-hCG, cujo nível médio resultou em 2980mUI, variando entre 20mgUI e 15.000mgUI (esse é o valor limite para quantificação, ou seja, a partir desse não é mais descrito o valor exato da gonadotrofina coriônica na circulação). A média de tamanho do embrião, encontrado no exame de USG, foi de



6,1mm, em algumas não foi possível realizar essa mensuração, por esse motivo foram analisadas apenas 49 pacientes para esta variável.

A resolução do quadro de gravidez ectópica nas pacientes do estudo se deu através de três maneiras dando destaque para a Salpingectomia por ter sido o método mais utilizado, estando presente como desfecho do quadro em 77,8% das pacientes acometidas. A média de intervalo de tempo entre o diagnóstico de gestação ectópica e a definição terapêutica para o manejo da mesma foi de 5,5 horas (DP 3,9), variando de 1 hora a 20 horas.

O tempo de internação dessas pacientes para a resolução completa do quadro foi em média 4,9 dias (DP 2,3), algumas apenas 2 dias, outras estenderam-se para 12 dias. Os demais estão descritos na tabela (Tabela 1).

As tabelas 2, 3 e 4 representam a relação das variáveis sociodemográficas, clínico-obstétricas, laboratoriais e ultrassonográficas com os tratamentos. Nenhuma das variáveis analisadas demonstrou associação significativa com o tratamento realizado.

DISCUSSÃO

No presente estudo identificou-se a prevalência de gestações ectópicas, bem como os fatores associados ao desfecho de seu tratamento, em um hospital da rede pública de São José, Santa Catarina, entre janeiro de 2009 e dezembro de 2012. A motivação para o mesmo ocorreu pelo fato desta afecção ser frequente em âmbito hospitalar e muitas vezes é tratada de forma tardia, devido à dificuldade diagnóstica e à falta de experiência dos profissionais da saúde para proceder um melhor desfecho, podendo levar ao óbito da paciente. Este estudo apresenta como aspecto positivo, o fato de ser uma revisão primária de dados em prontuários eletrônicos, de atendimentos hospitalares e desfecho ocorrido no local, garantindo o acesso às informações pertinentes à realização do estudo.

A maior limitação encontrada para a realização do mesmo foi a falta de algumas informações necessárias nos prontuários ou até mesmo, por serem prontuários digitalizados a dificuldade de interpretação da escrita presente nos mesmos, porém, por se tratar da minoria dos casos o estudo teve sequencia, não interferindo nos resultados.

Não há relatos de greves durante o período ou interdição do setor que justifique a diferença significativa do número de casos durante os primeiros dois anos em decorrência aos últimos. Notou-se que, entre os anos de 2009 e 2010, 65 mulheres foram diagnosticadas com gestação ectópica e procederam com seu desfecho no local de estudo, além de outras 16 pacientes entre os anos de 2011 e 2012.



A prevalência encontrada foi de 1,6% de gestações ectópicas quando comparadas ao número de gestações tópicas que tiveram seu desfecho neste mesmo local, porcentagem essa condizente aos valores encontrados na literatura segundo Kirk *et al* e Farquhar *et al*, e que muitas vezes pode ser subestimada, uma vez que um aborto ectópico e um aborto uterino podem ter o mesmo quadro clínico sem diferenciação diagnóstica, outras também, se resolvem sozinhas com a reabsorção espontânea do embrião, não levando à procura do atendimento^{1,2}.

Observou-se um predomínio de faixa etária entre 20 e 34 anos, com média de idade de maior prevalência 27,5 anos, o que nos remete à importância desse contexto, pois a maioria das mulheres são jovens e em plena idade fértil. Em comparação com outros estudos a média de idade encontrada por este está dentro da média comumente observada, variando de 27,0¹⁴ a 32,6³. Houve nesses um questionamento em relação a idade avançada, ou seja, paciente acima de 40 anos poderiam apresentar maior chance de gestações ectópicas^{1,2,28}, mas a prevalência média de idade é entorno dos 30 anos, tendo esse fator de risco pouca presença na maioria dos casos^{3,5,7,8,17,19}. Segundo Barnhart *et al*, idade abaixo de 25 anos mostra-se um fator protetor para esta afecção¹⁰. No caso de tratamento expectante, a média de idade para sucesso do mesmo foi de 30 anos segundo a literatura¹¹, apesar dessa escolha de tratamento exigir outras características, neste estudo não houve significância em relação à comparação entre a idade e o desfecho, tendo como resultado um $p=0,806$.

Entre as 81 pacientes que tiveram seus prontuários analisados, houve um predomínio de mulheres com cor de pele branca, e que vivem com o parceiro. Na literatura não houve significância em relação ao predomínio da cor da pele da paciente, não sendo por isso, considerado um fator de risco^{6,10}. O fato de nesse predominar a pele branca pode estar bastante relacionado à região aonde foi realizado, uma vez que a predominância de pessoas de cor de pele branca na região sul é maior que de pessoas com pele negra. Em relação ao fato de viver ou não com o parceiro ser significativo no caso de desenvolver este tipo de gestação, não encontram-se relatos nos estudos.

A maioria das pacientes analisadas (61 mulheres, representando um total de 76,6%), assim como na maioria dos casos da literatura, tiveram o desfecho de sua gestação extrauterina pelo método cirúrgico, ou seja, a salpingectomia, nos estudos utilizados a média de salpingectomias no tratamento de gestação ectópica fica em torno de 56,5%.^{9,22,23} Este costuma ser o método de escolha exclusiva em alguns casos, como na gravidez ectópica rota, instabilidade hemodinâmica, saco gestacional maior que 5cm, presença de batimento cardíaco fetal, entre outras indicações. O procedimento cirúrgico, apesar de radical e com potencial de prejudicar o futuro reprodutivo da paciente, ainda é o método mais escolhido para a resolução dessa afecção, além de ser um método com bastante eficácia para tal²³. Em segundo lugar em porcentagem, tanto na literatura, quanto neste estudo, fica o tratamento conservador,



seja expectante ou medicamentoso, com o uso de metotrexato, segundo Ellito *et. al*, uma média de 37,6% das gestações ectópicas tem o seu manejo com o uso do medicamento⁹. No presente estudo 18,5% das GE tiveram sua resolução através do tratamento clínico.

Ao comparar os resultados encontrados com as variáveis de desfecho, no caso, o tratamento da gravidez ectópica, não encontramos significância em nenhum dos casos, porém, devido ao fato da amostra ser pequena isso pode ser um viés que vai de encontro com a literatura atual, o que não invalida a análise realizada.

Em relação às características sociodemográficas, a maioria das mulheres tanto de pele branca quanto de pele negra, foram tratadas através da salpingectomia, o valor de p nesta variável foi de 0,519. Não foram encontrados relatos da literatura comparando essas variáveis especificamente.

Mulheres que vivem com parceiro ou não também foram submetidas em sua grande parcela ao tratamento cirúrgico, com valor de $p=0,240$, ou seja, sem expressão de significância. Assim como a cor da pele não existem outros trabalhos na literatura associando essas variáveis.

Sobre as características clinico-obstétricas, não houve significância em relação à escolha do tratamento quando comparada com a idade gestacional apresentada pela paciente no momento do diagnóstico. A média de idade encontrada nas pacientes no momento do diagnóstico foi de 4,6 semanas. Sabe-se que quanto maior a idade gestacional, maior o tamanho do embrião caso ele esteja vivo e aumento das chances de que a GE esteja rota^{3,7,8} e nesses casos o tratamento de escolha obrigatoriamente é o cirúrgico. Goksef *et al* demonstraram em seu estudo que a média de idade gestacional das pacientes com gravidez ectópica rota é de 7,8 semanas⁷. No presente estudo, o valor da idade gestacional não se mostrou significativo em relação à opção de tratamento, tendo em vista que o valor de p encontrado foi de 0,686. Provavelmente devido ao fato da amostra ter sido pequena, pois, como já demonstrado nos estudos acima citados, essa é uma relação bastante importante na literatura.

A grande parcela das mulheres aqui analisadas teve ao menos uma gestação anterior, porém a análise das variáveis não mostrou que a paridade prévia, seja por partos vaginais anteriores ($p = 0,062$), cesarianas anteriores ($p = 0,631$) ou mesmo abortamento anteriores ($p = 0,304$), tenha sido associada à escolha do tratamento. Não foi encontrada na literatura associação entre esses fatores de risco e a escolha do tratamento da afecção aqui estudada. Há alguma relação quando a gestação ectópica se dá sobre uma cicatriz de cesariana prévia, não é o caso deste estudo, porém o manejo nesse contexto é essencialmente cirúrgico e de alta complexidade^{1,3}. Outra observação é que a relação entre a paridade e a ruptura da gestação tubária se mostrou significativa na literatura. Esse rompimento levaria a escolha do tratamento cirúrgico para resolução, fato não observado nesse estudo⁷.



A presença ou ausência dos demais fatores de risco mais conhecidos na literatura como: tabagismo prévio ($p = 0,234$), infecção pélvica anterior ($p = 0,495$), cirurgia ginecológica prévia ($p = 0,726$), uso de DIU ($p = 0,487$), gestação ectópica anterior ($p = 1$), presença de diabetes mellitus gestacional em gestação anterior ($p = 0,865$), não influenciaram na escolha do desfecho neste estudo, ressaltando mais uma vez, como em outros estudos, a significância do estado clínico da paciente no momento da admissão para a definição do manejo^{3,6,10,22,26}. Não foi encontrada correlação também na literatura entre a presença desses com o tratamento proposto, bem como não há correlação entre o uso de DIU, infecção prévia anterior e cirurgia ginecológica prévia com o fato da ruptura da GE, o que obrigatoriamente se resolveria através do tratamento cirúrgico, a presença de ectópica prévia se mostrou controversa nos dois estudos onde foram analisadas essas variáveis em decorrência da ruptura da tuba^{7,8}.

Em relação aos achados laboratoriais no momento do diagnóstico da paciente, não houve correlação dos mesmos com a escolha do desfecho nesse trabalho. Encontrou-se entre as 81 pacientes estudadas um valor médio de hematócrito de 32,9%, de hemoglobina de 9,3mg/dl e nota-se que a média do valor da fração beta da gonadotrofina coriônica foi de 2980UI/ml, tendo um valor de $p=0,423$, $p=0,164$ e $p=0,133$, respectivamente. Mostrando que independentemente do valor encontrado nos exames laboratoriais dessas dosagens neste estudo, eles não tiveram significância em relação à escolha do tratamento para a gravidez ectópica. Um dos pontos principais para a escolha do desfecho dessa afecção em qualquer literatura ou prática clínica é a estabilidade hemodinâmica da paciente, além da presença do hemoperitônio, que é um fator chave. O hematócrito e/ou hemoglobina de chegada com valores muito abaixo do normal nos alertam para uma paciente instável que pode evoluir para choque e óbito em poucas horas, para isso a intervenção é imediata e o tratamento de escolha é o cirúrgico^{3,7,10,22,26}. Em relação à gonadotrofina coriônica o valor de corte para a definição exclusiva do tratamento cirúrgico é maior ou igual a 5000UI/ml no momento do diagnóstico^{6,8,11}. Seu valor também é importante no caso do tratamento conservador, pois a chance de sucesso do tratamento expectante, sem o uso de medicamentos é 88% maior no caso dessa fração se encontrar abaixo de 175UI/ml e no caso do medicamentoso, dosagens abaixo de 1000UI/ml^{3,11,19} ou até mesmo 2000UI/ml^{8,21} são fatores preditivos para o sucesso do tratamento. No presente estudo não se mostraram significativas essas associações.

Apesar de não ter sido encontrada em todos os prontuários esta informação, mas sim em apenas em 49 deles, o tamanho médio do embrião foi de 6,1cm, esses valores também não tiveram significado quanto ao desfecho ($p=0,370$). Porém, como observado em relação à idade gestacional, quanto maior o tamanho do embrião mais chances da tuba uterina romper-se, levando ao tratamento



cirúrgico obrigatório^{1,20,26}. Autores acreditam que um tamanho médio de 4cm sem atividade cardíaca seria o tamanho máximo encontrado através da ultrassonografia transvaginal aceitável para o sucesso do tratamento conservador, apesar desse achado não ser um fator isolado para a escolha²⁰. Não foi observado relação do tamanho do saco vitelínico com o desfecho da gestação neste estudo.

A maioria das pacientes não apresentava BCF presente no momento do diagnóstico (82,7%), fato este que poderia permitir um tratamento mais abrangente para estas pacientes, uma vez que, excluindo-se a presença do embrião vivo e, dependendo da estabilidade hemodinâmica, pode-se optar por tratamento expectante, medicamentoso ou cirúrgico, não somente o último, o que seria mandatório no caso de embrião vivo^{2,22,26}. Assim como também se encaixa nessa afirmação a presença de hemoperitônio, uma vez que 63% das mulheres não apresentavam esse achado, possibilitando abranger outras formas de resolução, como já discutido. Apesar desses dados, nenhuma das duas variáveis acima apresentou significância no estudo, tendo valores de $p = 0,090$ e $p = 0,018$ respectivamente^{22,26}.

Por fim, observa-se entre os resultados que, assim como relatado na literatura, o diagnóstico da gestação ectópica ocorre tardiamente, 95,1% dos casos só foram elucidados após mais de 5,5 horas da entrada da paciente naquele serviço, chegando ao máximo de 20 horas sem o preciso diagnóstico²². Quando estável hemodinamicamente e sem atividade cardíaca fetal, aceita-se um período de 48 horas após o diagnóstico para a definição do tratamento em expectante e medicamentoso, pois com esse tempo pode-se observar se o nível de gonadotrofina coriônica está em queda, significando um aborto ectópico que se resolverá espontaneamente, em caso de instabilidade e presença de BCF a intervenção deve ser imediata, e para isso o diagnóstico necessita ser o mais rápido possível¹¹.

A investigação diagnóstica e o tratamento da gestação ectópica evoluíram consideravelmente nos últimos 15 anos, mas ainda há falhas^{1,2,3} pois ela representa aproximadamente 6% das mortes maternas no primeiro trimestre de gestação, e seu tratamento custa em torno de 1 bilhão de reais por ano para o governo (dados dos Estados Unidos da América)^{2,3,10}. Para melhorar esses parâmetros novas técnicas estão sendo propostas como a dosagem do mRNA placentário¹⁵, de creatino-quinase¹³ e CA 125¹² no momento da suspeição do diagnóstico, marcadores esses ainda em fase de estudo. Além de exames laboratoriais e de imagem, é fundamental presar pelo preparo dos profissionais da saúde para o diagnóstico precoce e o manejo adequado, minimizando morbimortalidade materna e diminuindo os custos, tanto financeiros quanto pessoais das consequências trazidas por essa intercorrência^{2,3,10}.

Este trabalho conclui que a prevalência de gestações ectópicas no serviço de estudo é de 1,6% e encontra-se dentro da prevalência encontrada na literatura atual.



A faixa etária é de pacientes jovens em plena idade fértil, havendo um predomínio da raça branca, sendo que maioria das pacientes vive com parceiros.

A maioria das pacientes encontra-se com menos de 5 semanas de gestação no momento do diagnóstico, apresentam uma gestação tópica anterior e uma minoria apresenta demais fatores de risco como tabagismo, infecção prévia, cirurgia prévia, uso de DIU, ectópica prévia ou diabetes gestacional prévio.

No momento do diagnóstico, a maioria das pacientes apresenta anemia, níveis de B-hCG maiores que 1.000 mgUI, embrião maior ou igual a 6 cm de tamanho, ausência de batimentos cardíacos fetais e ausência de hemoperitônio.

A maioria das pacientes tem seu desfecho através da salpingectomia.

O tempo médio entre o diagnóstico e o tratamento é maior ou igual a 5,5 horas e o tempo de internação menor que 4,9 dias.

As características sociodemográficas, clínico-obstétricas, laboratoriais e ultrassonográficas aqui estudadas não apresentam significância em relação à escolha do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Kirk E, Bourne T. Ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2011; 21(7):208-11.
2. Farquhar CM. Ectopic pregnancy. Department of Obstetrics and Gynaecology, National Womens' Health at Auckland City Hospital, University of Auckland, Private Bag 92019, Auckland, New Zealand. 2005; 366:583-91.
3. Mello NM, Zietse CS, Mol F, Zwart JJ, Roosmalen J, Bloemenkamp KW, et al. Severe maternal morbidity in ectopic pregnancy is not associated with maternal factors but may be associated with quality of care. *Fertil Steril.* 2012; 97(3):623-9.
4. Shaw JLV, Dey SK, Critchley HOD, Horne AW. Current knowledge of the aetiology of human tubal ectopic pregnancy. *Hum Reprod.* 2010; 16(4):432-4.
5. Bjartling C, Osser S, Persson K. Deoxyribonucleic acid of *Chlamydia trachomatis* in fresh tissue from the Fallopian tubes of patients with ectopic pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007; 34:95-100.
6. Menon S, Sammel MD, Vichnin M, Barnhart KT. Risk Factors for Ectopic Pregnancy: A Comparison Between Adults and Adolescent Women. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007; 20:181-5.
7. Sindos M, Togia A, Sergentanis T, Kabagiannis A, Malamas F, Farfaras A, et al. Ruptured ectopic pregnancy: risk factors for a life-threatening condition. *Arch Gynecol Obstet.* 2009; 279:621-3.



8. Goksedef BPC, Kef S, Akca A, Bayik RNE, Cetin A. Risk factors for rupture in tubal ectopic pregnancy: definition of the clinical findings. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; 154:96-9.
9. Elito JJ, Daher S, da Silva MOF, Marconi NMH, Pendeloski KPT, Moron AF, et al. Association study of vascular endothelial growth factor and polymorphisms of its gene with ectopic pregnancy. *Am J Reprod Immunol.* 2010; 63:120-5.
10. Barnhart KT, Sammel MD, Gracia CR, Chittams J, Hummel AC, Shaunik A. Risk factors for ectopic pregnancy in women with symptomatic first-trimester pregnancies. *Fertil Steril.* 2006; 86(1):36-43.
11. Kirk E, Van Calster B, Condous G, Papageorghiou A, Gevaert O, Van Huffel S, et al. Ectopic pregnancy: using the hCG ratio to select women for expectant or medical management. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011; 90:264-72.
12. Abdul-Hussein MM, Abdul-Rasheed OF, Al-Moayed HAQ. The values of CA-125, progesterone, β -hCG and estradiol in the early prediction of ectopic pregnancy. *Oman Med J.* 2012; 27(2):124-8.
13. Soundravally R, Raghavanb SS, Selvaraj N. Serum creatine kinase as a predictor of tubal ectopic pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007; 52:253-4.
14. Warrick J, Gronowski A, Moffett C, Zhao Q, Bishop E, Woodworth A. Serum activin A does not predict ectopic pregnancy as a single measurement test, alone or as part of a multi-marker panel including progesterone and hCG. *Clin Chim Acta.* 2012; 413:707-11.
15. Takacs P, Jaramillo S, Datar R, Williams A, Olczyk J, Barnhart K. Placental mRNA in maternal plasma as a predictor of ectopic pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012; 117:131-3.
16. Yoon BS, Park H, Seong SJ, Park CT, Park SW, Lee KJ. Single-port laparoscopic salpingectomy for the surgical treatment of ectopic pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010; 17:26-9.
17. Pinto HC, Jung LK, Wendland E, Heineck SC. Colpotomia no tratamento da gestação ectópica. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(3):118-21.
18. Hamed OH, Ahmed SR, Alghasham AA. Comparison of double and single-dose methotrexate protocols for treatment of ectopic pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012; 116:67-71.
19. Sagiv R, Debby A, Feit H, Cohen-Sacher B, Keidar R, Golan. The optimal cutoff serum level of human chorionic gonadotropin for efficacy of methotrexate treatment in women with extrauterine pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012; 116:101-4.
20. Lipscomb GH, Gomez IG, Givens VM, Meyer NL, Bran DF. Yolk sac on transvaginal ultrasound as a prognostic indicator in the treatment of ectopic pregnancy with single-dose methotrexate. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 200:338.e1-4.
21. Thurman AR, Cornelius M, Korte JE, Fylstra DL. An alternative monitoring protocol for single-dose methotrexate therapy in ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 202:139e1-6.



22. Norah M, Ankum WM, Willem B, Hajenius P. Ectopic pregnancy: how the diagnostic and therapeutic management has changed. *Fertil Steril*. 2012; 98(5):1066-73.
23. Chaudhary P, Manchanda R, Patil VN. Retrospective study on laparoscopic management of ectopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol India*. 2013; 63(3):173-6.
24. Mol F, van Mello NM, Strandell A, Strandell K, Jurkovic D, Ross J, et al. Salpingotomy versus salpingectomy in women with tubal pregnancy (ESEP study): an open-label, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2014; 6736(14):60123-9.
25. Kostrzewa M, Zyla M, Litwińska E, Kolasa-Zwierzchowska D, Szpakowski A, Stachowiak G, et al. Salpingotomy vs salpingectomy - a comparison of women's fertility after surgical treatment of tubal ectopic pregnancy during a 24-month follow-up study. *Ginekol Pol*. 2013; 84(12):1030-5.
26. Rana P, Kazmi I, Singh R, Afzal M, Al-Abbasi FA, Aseeri A, et al. Ectopic pregnancy: a review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2013; 288(4):747-57.
27. Stika CS. Methotrexate: The pharmacology behind medical treatment for ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 55(2):433-9.
28. Yuk JS, Kim YJ, Hur JY, Shin JH. Association between socioeconomic status and ectopic pregnancy rate in the Republic of Korea. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013; 122(2):104-7.

Tabela 1. Análise descritiva do tratamento da gestação ectópica.

Variáveis	n	%
Tratamento		
Clinico	15	18,5
Ordenha tubária	4	4,9
Salpingectomia	62	76,6
Intervalo DT (h)		
< 5,5	4	4,9
≥ 5,5	77	95,1
Tempo internação (d)		
< 4,9	63	77,8
≥ 4,9	18	22,2

Fonte: Elaboração do autor, 2014.



Tabela 2. Análise comparativa entre as características sociodemográficas e o tratamento resolutivo da gestação ectópica.

Variáveis	Tratamento			Valor de p
	Conservador n(%)	Ordenha n(%)	salpingectomia n (%)	
Idade				0,806
≤ 19	1 (6,6)	1 (25)	5 (8)	
20 – 24	6 (40)	1 (25)	15 (24,2)	
25 – 29	3 (20)	2 (50)	12(19,4)	
30 – 34	4 (26,8)	-	18 (29)	
35 – 39	1 (6,6)	-	10 (16,2)	
≥ 40	-	-	2 (3,2)	
Cor da pele				0,519
Branca	13 (92,8)	3 (75)	51(80,9)	
Negra	1 (7,1)	1(25)	12(19,1)	
Outros	-	-	-	
Vive com parceiro				0,240
Sim	9 (64,2)	1 (25)	43 (68)	
Não	5 (35,8)	3(75)	20(31,8)	

Fonte: Elaboração do autor, 2014.

Tabela 3. Análise comparativa entre as características clínico-obstétricas e o tratamento resolutivo da gestação ectópica.

Variáveis	Tratamento			Valor de p
	Conservador n(%)	Ordenha n(%)	salpingectomia n (%)	
Idade gestacional				0,686
<5 semanas	11 (73,6)	3 (75)	30 (48,4)	
5 sem – 5 sem 6 d	1 (6,6)	1 (25)	13 (21)	
6 sem – 6 sem 6 d	1 (6,6)	-	4 (6,4)	
7 sem – 7 sem 6 d	-	-	9 (14,5)	
8 sem – 8 sem 6 d	1 (6,6)	-	6 (9,7)	
9 sem – 9 sem 6d	-	-	-	
10 sem – 10 sem 6 d	1 (6,6)	-	-	
Parto anterior				0,062



0	8 (57,1)	4 (100)	23 (36,5)	
1	3 (21,4)	-	24 (38,1)	
≥ 2	3 (21,5)	-	16 (25,4)	
Cesareana anterior				0,631
0	12 (85,7)	4 (100)	55 (87,3)	
1	2 (14,3)	-	7 (11,1)	
≥ 2	-	-	1 (3,1)	
Aborto anterior				0,304
0	12 (85,8)	2 (50)	50 (79,4)	
1	1 (7,1)	2 (50)	11 (17,5)	
≥ 2	1 (7,1)	-	2(3,1)	
Tabagismo				0,234
Sim	-	-	12(19)	
Não	14 (100)	4 (100)	51(81)	
Infecção prévia				0,495
Sim	1 (7,2)	-	10 (15,9)	
Não	13 (92,8)	4 (100)	53 (84,1)	
Cirurgia prévia				0,726
Sim	2 (14,3)	-	5 (8)	
Não	12 (85,7)	4 (100)	52 (92)	
Uso de DIU				0,487
Sim	2 (14,3)	-	4 (6,3)	
Não	12 (85,7)	4 (100)	52 (92)	
Ectópica prévia				1
Sim	1 (92,8)	-	4 (6,4)	
Não	13 (7,2)	4 (100)	59 (93,6)	
DMG prévio				0,865
Sim	-	-	1 (1,6)	
Não	14 (100)	4 (100)	62 (98,4)	

Fonte: Elaboração do autor, 2014.



Tabela 4. Análise comparativa entre as características laboratoriais e ultrassonográficas e o tratamento resolutivo da gestação ectópica.

Variáveis	Tratamento			Valor de p
	Conservador n (%)	Ordenha n (%)	salpingectomia n (%)	
Hematócrito (n=80)				0,423
< 30	-	1 (25)	13 (21,3)	
30-33,9	5 (33,3)	-	16 (26,2)	
34-35,9	5 (33,3)	2 (50)	15 (24,6)	
36-37,9	2 (13,4)	1 (25)	11 (18)	
≥ 38	3 (20)	-	6 (9,9)	
Hemoglobina (n=79)				0,164
≤ 8	2 (14,3)	1 (25)	28 (45,9)	
9-10	3 (21,4)	2 (50)	18 (29,5)	
≥ 11	9 (64,3)	1 (25)	15(24,6)	
B-Hcg (n=76)				0,133
< 1000	11 (73,3)	1 (33,3)	19 (32,7)	
1000- 5000	3 (20)	1 (33,3)	25 (43,2)	
5001 – 10000	1 (6,7)	-	9 (15,5)	
>10000	-	1 (33,3)	5 (8,6)	
Tamanho do embrião (n=49)				0,370
≤ 3 cm	2 (28,6)	1 (33,3)	7 (18,4)	
4-5 cm	1 (14,3)	1 (33,3)	10 (26,3)	
≥ 6 cm	5 (57,1)	1 (33,3)	21 (55,3)	
BCF presente				0,090
Sim	-	-	14 (22,2)	
Não	15 (100)	4 (100)	49 (77,8)	
Hemoperitoneo				0,018
Sim	1 (6,7)	1 (25)	28 (44,4)	
Não	14 (93,3)	3 (75)	35 (55,6)	

Fonte: Elaboração do autor, 2014.