

# LAPAROSCOPIA NA PRENHEZ ECTÓPICA

## LAPAROSCOPY IN ECTOPIC PREGNANCY

TÁRIK KASSEM SAIDAH<sup>1</sup>

RUI GILBERTO<sup>2</sup>

ALEXANDRE A. BEZERRA DO AMARAL<sup>3</sup>

WALDEMAR NAVES DO AMARAL<sup>4</sup>

**Palavras-chave:** *Prenhez Ectópica, Laparoscopia, Tratamento*

**Keywords:** *Ectopic Pregnancy, Laparoscopy, Treatment*

### RESUMO

A prevalência de gestação ectópica varia de 0,3% a 2%. Apesar de a mortalidade ter diminuído nos últimos anos, a prenhez ectópica (PE) representa de 9 a 13% das mortes maternas mesmo com os avanços no diagnóstico e tratamento. O tratamento da prenhez ectópica pode ser expectante, medicamentoso e cirúrgico. A laparoscopia é o tratamento cirúrgico de escolha, é indicada em pacientes hemodinamicamente estáveis, com restrições ao tratamento clínico.

### ABSTRACT

The prevalence of ectopic pregnancy ranges from 0.3% to 2%. Although mortality has decreased in recent years, the ectopic pregnancy (EP) represents 9-13% of maternal deaths despite advances in diagnosis and treatment. Treatment of ectopic pregnancy can be expectant, medical and surgical. Laparoscopy is the standard surgical treatment and is indicated in hemodynamically stable patients, with restrictions to medical treatment.

### INTRODUÇÃO

Prenhez ectópica (PE) é definida como a implantação do blastocisto em qualquer outro sítio fora da cavidade uterina. Aproximadamente 95% ocorrem nas tubas uterinas, a parte ampolar é acometida em 70% dos casos, a região ístmica 12% e as fimbrias 11%<sup>7(C)</sup>.

Na população geral, a prevalência de gestação ectópica varia de 0,3% a 2%<sup>2(C)</sup>. Nos Estados Unidos houve um aumento significativo na incidência de prenhez ectópica nas últimas décadas, quando as taxas aumentaram de 0,5% das gravidezes em 1970, para 2% das gestações em 1992<sup>5 (D)</sup>. Esse incremento pode ser explicado pelo aumento das doenças sexualmente transmissíveis, bem como dos diagnósticos e também pelo acréscimo das técnicas de fertilização assistida. Nas fertilizações in vitro (FIV) as taxas de gestações ectópicas variam de 2,2 a 8,6% porém, em grupo com comprometimento tubário estes índices podem ser maiores chegando a 11%<sup>6(B)</sup>.

Apesar da mortalidade ter diminuído nos últimos anos, a PE representa de 9 a 13% das mortes maternas apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento<sup>3(A)</sup>. O diagnóstico é feito através da história clínica, dos fatores de risco, do exame físico, da ultrassonografia e níveis de  $\beta$ -hCG. O conceito do limite discriminatório que é a correlação entre nível de  $\beta$ -hCG > 1.500 com visualização de saco gestacional intraútero é um dado importante para o diagnóstico<sup>7(C)</sup>. O tratamento da prenhez ectópica pode ser

expectante, medicamentoso e cirúrgico.

Este trabalho teve o objetivo de promover uma revisão sobre a importância da vídeolaparoscopia na terapêutica da prenhez ectópica.

### METODOLOGIA

Foi utilizado como base de dados o PubMed. As palavras chaves utilizadas para pesquisa foram: laparoscopy, ectopic, pregnancy, treatment, heterotopic. Foram encontrados 89 artigos e destes foram selecionados 16 para discutir sobre a importância da vídeolaparoscopia na terapêutica da prenhez ectópica.

### TRATAMENTO LAPAROSCÓPICO DA PRENHEZ ECTÓPICA

O tratamento expectante pode ser realizado desde que a paciente esteja assintomática, apresente níveis de  $\beta$ -hCG menores que 1000 mIU/mL e decrescentes, batimentos fetais ausentes e aceite o risco de que pode ocorrer ruptura tubária e hemorragia<sup>10(B) 9(B)</sup>. O tratamento medicamentoso é feito com o methotrexate (MTX), um inibidor da síntese de DNA, administrado a pacientes adequadamente selecionadas, tem uma taxa de sucesso de até 94%<sup>13(C)</sup>. A eficácia depende principalmente da concentração de  $\beta$ -hCG: uma metanálise com 1327 mulheres com gravidez ectópica tratados com MTX mostrou que a resolução

1. Professor de Ginecologia e Obstetrícia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

2. Doutor em Doenças Infeciosas e Parasitárias pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, professor adjunto e sub-chefe do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia a Universidade Federal de Goiás

3. Acadêmico de Biomedicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás

4. Professor adjunto do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade Medicina da Universidade Federal de Goiás, mestre e doutor pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás

esteve inversamente associada com níveis de  $\beta$ -hCG, e níveis crescentes estiveram significativamente correlacionados com a falha do tratamento. A atividade cardíaca fetal também esteve associada com falha do tratamento com MTX. No entanto, o diâmetro do saco gestacional e a medida do tamanho fetal, isoladamente não estão relacionados com a eficácia ao tratamento clínico <sup>4(A)</sup>. O tratamento cirúrgico pode ser através da laparotomia ou laparoscopia.

A laparoscopia é o tratamento cirúrgico padrão ouro. É indicada quando a paciente não atende os critérios para uso do methotrexate, como amamentação, imunodeficiência, alcoolismo, doença hepática ou pulmonar, ulcera péptica, disfunção renal e hematológica, presença de líquido em cavidade, gravidez heterotópica e níveis de  $\beta$ hcg > 5.000. A laparoscopia em comparação com a laparotomia está relacionada com menores taxas de morbidade, tempo de internação, tempo cirúrgico, uso de analgésicos, perda sanguínea, custos e ausência de cicatriz cirúrgica <sup>16(C)</sup>. A laparotomia é indicada quando há instabilidade hemodinâmica da paciente e presença de aderências pélvicas <sup>14(A)</sup>.

Em um estudo com 465 pacientes, Banz e cols (2010) <sup>3(A)</sup> obtiveram os seguintes resultados: tempo cirúrgico médio de 36 minutos com desvio de 23-120 minutos, não ocorreram intercorrências cirúrgicas e não houve necessidade de transfusões sanguíneas. Gray e cols <sup>8(A)</sup>, em um estudo com 165 pacientes comparando as duas vias demonstraram um custo menor na cirurgia por vídeo (€ 2986 contra €3480), tempo cirúrgico de 73min contra 88min da cirurgia aberta ( $P < 0.001$ ), perda sanguínea de 79mL contra 195mL ( $P < 0.01$ ), convalescência cirúrgica de 11 dias contra 24 dias ( $P < 0.001$ ) <sup>12(A)</sup>.

Na laparoscopia para prenhez tubária podemos optar entre a cirurgia radical (salpingectomia) e a cirurgia conservadora (salpingostomia). Os fatores a serem considerados incluem: morbidades operatórias, o risco de gravidez ectópica de repetição, o risco de doença trofoblástica persistente e os efeitos sobre a fertilidade futura. A morbidade destes dois processos é equivalente. Ao decidir por salpingostomia devemos levar em consideração dois fatores principais: o desejo reprodutivo da paciente e a condição da tuba contralateral. Quando há desejo de fertilidade futura e a outra tuba está comprometida, a cirurgia conservadora pode ser utilizada para poupar a tuba comprometida <sup>7(C)</sup>. A técnica consiste em retirar o tecido trofoblástico sem remoção do tecido tubário. É realizada uma incisão de aproximadamente 2cm no sentido longitudinal da tuba, retirando o tecido trofoblástico com pinças de pressão tomando cuidado para que este não caia na cavidade peritoneal. A tuba deve ser irrigada abundantemente e, então, é realizada a hemostasia de vasos sangrantes e a incisão é deixada para cicatrizar espontaneamente. Há risco de persistência de tecido trofoblástico em aproximadamente 3% a 20% das pacientes e o controle do  $\beta$ hcg em 15 dias é necessário para avaliar as pacientes submetidas a esse procedimento <sup>15(C)</sup>.

A salpingectomia é priorizada em pacientes que não tem desejo reprodutivo, naquelas que tem desejo de fertilidade futura, mas apresentam tuba contralateral normal ou ainda naquelas que apresentam comprometimento severo da tuba com gestação ectópica.

O nível de  $\beta$ hcg > 8.000 está relacionado com baixos índices de sucesso de salpingostomia necessitando assim de realização de

salpingectomia para controle do sangramento <sup>11(B)</sup>.

Gravidezes intersticiais representam apenas 2% a 4% de todas as prenhez ectópicas. No passado a conduta para prenhez intersticial era laparotomia devido a grandes perdas sanguíneas, entretanto, muitas podem ser conduzidas por via laparoscópica. Devido à dificuldade na obtenção de hemostasia durante a ressecção cornual, várias técnicas laparoscópicas são descritas para minimizar o sangramento. Estas incluem o uso de eletrocautério monopolar ou bisturi harmônico, e a administração de vasopressina diluída no útero <sup>1(C)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prenhez ectópica é uma grave complicação do primeiro trimestre, com importante morbidade e significativa mortalidade materna. O tratamento cirúrgico é indicado quando há contraindicações ao uso de methotrexate, prenhez heterotópica e presença de sangramento.

A laparoscopia é o tratamento cirúrgico de escolha em pacientes hemodinamicamente estáveis, pois ela apresenta uma menor perda sanguínea, menores tempos de internação e recuperação.

A cirurgia conservadora (salpingostomia) pode ser realizada quando há desejo reprodutivo e trompa contralateral comprometida, porém, o nível de  $\beta$ hcg deve ser avaliado no pós-operatório, devido a chance de persistência do material trofoblástico.

A cirurgia radical (salpingectomia) deve ser realizada nos seguintes casos: níveis de  $\beta$ hcg > 8.000, quando não há desejo reprodutivo, quando há e a trompa contralateral está normal ou ainda quando há comprometimento severo da tuba acometida.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agdi M. Surgical treatment of ectopic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 2009; 23 (4): p.519-27. (C)
2. Alto W. Abdominal pregnancy. *Am Fam Physician*; 1990; 41: p.209-14. (C)
3. Banz C, Chalvatzas N, Kelling K, Beyer D, et al. Laparoscopic management of ectopic pregnancy during a 9-year period. *Fertil Steril*; 2010; 94 (7): p.2780-82. (A)
4. Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical management of ectopic pregnancy: a meta-analysis comparing "single dose" and "multidose" regimens. *Obstet Gynecol*; 2003; 101: p.778-84. (A)
5. Centers for disease control and prevention. Current trends ectopic pregnancy—United States, 1990-1992. *Morb Mortal Wkly Rep*; 1995; 44: p.46-48. (D)
6. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, et al. Ectopic pregnancy risk with assisted reproductive technology procedures. *Obstet Gynecol*; 2006; 107: p.595-604. (B)
7. Ehrenberg-Buchner S, Sandadi S, Moawad NS, Pinkerton JS, et al. Ectopic pregnancy role of laparoscopic treatment. *Clin Obstet Gynecol*; 2009; 52 (3): p.372-79. (C)
8. Gray DT, Thorburn J, Lundorff P, Strandell A, Lindblom B. A cost-effectiveness study of a randomised trial of laparoscopy versus laparotomy for ectopic pregnancy. *Lancet* 1995; 345: p.1139-43 (A)
9. Hoover KW, Tao G, Kent CK. Trends in the Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy in the United States. *Obstet Gynecol*; 2010; 115(3): p.495-502. (B)
10. Lozeau AM, Potter B. Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. *Am Fam Physician*; 2005; 72 (9): p.1707-14. (B)
11. Milad M, Klein E, Kazer R. Preoperative serum hCG level and intraoperative failure of laparoscopic linear salpingostomy for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*; 1998; 92: p.373-76. (B)
12. Mol F, Mol BW, Ankum WM, Van Der Veen, F, et al. Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 2008; 14(4): p.309-19. (A)
13. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ*, 2005; 173(8): p.905-12. (C)
14. Odejinmi F, Sangrithi M, Olowu O. Operative Laparoscopy as the Mainstay Method in Management of Hemodynamically Unstable Patients with Ectopic Pregnancy. *JMIG*, 2010; 18(2): p.179-183. (A)
15. Seeber BE, Barnhar KT. Suspect ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*; 2006; 107: p.399-413. (C)
16. Stock L, Milad M. Surgical Management of Ectopic Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*, 2012; 55 (2): p.448-54. (C)