

Gravidez Ectópica Intersticial: Um Caso Raro

Interstitial Ectopic Pregnancy: A Rare Case

Palavras-chave: Gravidez Ectópica/diagnóstico; Gravidez Ectópica/tratamento; Gravidez Intersticial/diagnóstico; Gravidez Intersticial/tratamento; Laparotomia

Keywords: Laparotomy; Pregnancy, Ectopic/diagnosis; Pregnancy, Ectopic/therapy; Pregnancy, Interstitial/therapy; Pregnancy, Interstitial/therapy

Caro Editor,

Apresenta-se um relato de um caso de gravidez ectópica intersticial (GEI), numa nulípara de 35 anos de idade, com oito semanas de amenorreia, assintomática. Ecograficamente constatou-se GEI direita: saco gestacional de 42 mm, não comunicante com o endométrio, camada miometrial circundante residual e com embrião com atividade cardíaca, datação compatível com oito semanas e cinco dias. Analiticamente, apresentava β -hCG de 59311 UI/L. Não apresentava fatores de risco. Decidiu-se resolução cirúrgica, dado o tamanho do saco gestacional e experiência da equipa: ressecção cornual e salpingectomia direita laparotómica (Fig. 1). A análise anatomo-patológica confirmou o diagnóstico.

A GEI representa 2% - 4% das gestações ectópicas.¹⁻³ Trata-se de uma gravidez em que a implantação ocorre na porção intersticial da trompa de Falópio que, comparativamente com o segmento distal, tem uma capacidade significativamente maior de expansão antes da rotura acontecer.^{2,4} Os fatores de risco são: cirurgia tubária, salpingite ístmica nodosa, anomalia estrutural da trompa causada por endometriose, leiomiomas ou malformações uterinas, infe-

ção pélvica, tabagismo, gravidez ectópica prévia e uso de técnicas de procriação medicamente assistida.^{1,2}

Clinicamente, manifesta-se com perda hemática vaginal e dor pélvica, podendo ser assintomática.² A sua localização leva, geralmente, a um atraso no diagnóstico, podendo condicionar um aumento da incidência de rotura (2% - 2,5%), frequentemente associada a choque hemorrágico e elevada taxa de mortalidade, devido à elevada vascularização do corno uterino.³ Adicionalmente, o diagnóstico ecográfico pode ser desafiante: cavidade endometrial vazia, saco gestacional não comunicante com o endométrio e localizado a mais de um centímetro da porção mais lateral deste, com uma fina camada miometrial circundante.⁴

Ao contrário das outras gravidezes tubárias, na GEI não existem protocolos para orientar a decisão terapêutica, a qual acaba por se basear em estudos retrospectivos, pequenas séries e muitas vezes na experiência individual. Deve ter-se em conta a idade gestacional, as apresentações clínica e ecográfica, o desejo de preservação de fertilidade, entre outros.^{1,5}

O tratamento cirúrgico é considerado primeira linha quando há rotura, instabilidade hemodinâmica, dor persistente ou saco gestacional > 40 mm, através da ressecção cornual ou cornuostomia laparoscópicas. A laparotomia constitui a abordagem tradicional, com ressecção cornual ou histerectomia, estando atualmente indicada em caso de instabilidade hemodinâmica ou experiência da equipa.^{3,5} Num diagnóstico precoce, com estabilidade hemodinâmica e níveis baixos de β -hCG, é possível optar pelo tratamento com metotrexato.⁵

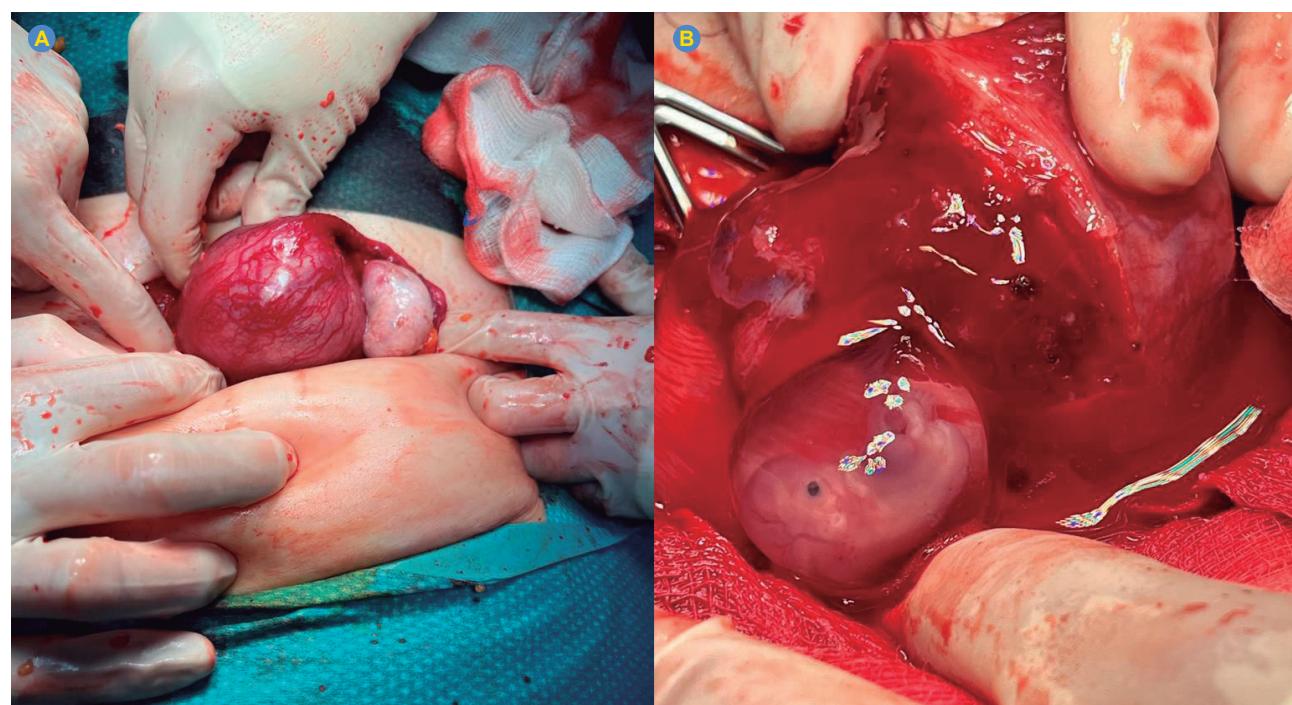


Figura 1 – Aspetto macroscópico de gravidez ectópica intersticial à direita (A), identificada pela seta preta; aparência cirúrgica do saco gestacional de gravidez ectópica intersticial durante ressecção cornual laparotómica (B).

Em conclusão, a GEI é uma entidade rara cujo diagnóstico precoce é fundamental para o bom desfecho, sendo necessários mais estudos para orientar a decisão terapêutica.

CONTRIBUTO DOS AUTORES

IJ: Conceção e desenho do estudo, recolha de dados, redação do manuscrito.

HG: Conceção do estudo, revisão do manuscrito.

NA: Recolha de dados, revisão do manuscrito.

Todas as autoras aprovaram a versão final a ser publicada.

PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em outubro de 2024.

REFERÊNCIAS

1. Larraín D, Marengo F, Bourdel N, Jaffeu P, Aublet-Cuvelier B, Pouly JL, et al. Proximal ectopic pregnancy: a descriptive general population-based study and results of different management options in 86 cases. *Fertil Steril.* 2011;95:867-71.
2. Chen J, Huang D, Shi L, Zhang S. Prevention, diagnosis, and management of interstitial pregnancy: a review of the literature. *Laparosc Endosc Robot Surg.* 2019;2:12-7.
3. Yang E, Yung-Liang L. Interstitial and cornual ectopic pregnancy: a review of the management options. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2023;50:47.
4. Rizk B, Holliday C, Abuzeid M. Challenges in the diagnosis and management of interstitial and cornual ectopic pregnancies. *Middle East Fertil Soc J.* 2013;18:235-40.
5. Rana P, Kazmi I, Singh R, Afzal M, Al-Abbas FA, Aseeri A, et al. Ectopic pregnancy: a review. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;288:747-57.

Inês JORGE^{✉1}, Helena GOMES¹, Njila AMARAL¹

1. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Hospital Beatriz Ângelo. Loures. Portugal.

✉ Autor correspondente: Inês Ferreira Jorge. ines.jorge95@gmail.com

Recebido/Received: 03/11/2024 - Aceite/Accepted: 25/03/2025 - Publicado/Published: 02/05/2025

Copyright © Ordem dos Médicos 2025

<https://doi.org/10.20344/amp.22545>

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

CONSENTIMENTO DO DOENTE

Obtido.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

