

# ABORTAMENTO E GRAVIDEZ ECTÓPICA



by Ana Faria Pereira e Ana Filipa Ferreira

## ABORTO

Perda de gravidez antes das 20 semanas. Ocorre em 15-25% das gestações (as percentagens são + altas no 1ºT).

[MD]

Formas de apresentação clínica do aborto:

Ameaça de aborto: Hemorragia vaginal de origem intrauterina sem dor abdominal relevante (sem contrações uterinas). Na ecografia confirma-se gravidez intrauterina viável (com batimentos cardíacos).

Aborto em evolução: Contrações uterinas (DOR) + hemorragia vaginal COM dilatação do colo uterino. Temos os 3 sintomas: dor, hemorragia e colo aberto.

Aborto completo: Após gravidez documentada e período sugestivo de expulsão de fragmentos ovulares, não há estruturas intrauterinas na ecografia (Saiu tudo!) – espessura endometrial <15mm

Aborto incompleto: Após período sugestivo de expulsão de fragmentos ovulares, vêem-se estruturas intrauterinas na ecografia (Ficou lá qualquer coisa!) – espessura endometrial >15mm

Aborto retido: Gravidez não evolutiva, sem expulsão do embrião e restos ovulares qualquer sintoma (sem hemorragia ou dor). Diagnóstico é ecográfico. Pode progredir espontaneamente para expulsão.

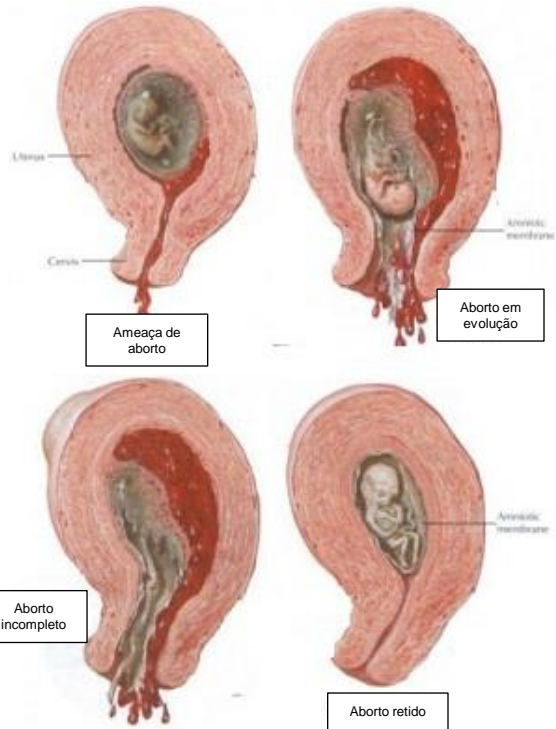


Figura 1: Formas de apresentação clínica do aborto



Ameaça de aborto SEM DOR + SEM DILATAÇÃO  
Aborto em evolução DOR + DILATAÇÃO

## CAUSA DE ABORTO

- Anomalias cromossômicas: 50% - principal causa de aborto do 1ºT (a idade materna é um dos fatores de risco mais importantes)
- Infeções (incomum)
- Doenças endócrinas: hipotireoidismo, anticorpos anti-tiroideus, Diabetes mal controlada
- Ambientais: tabaco (dose dependente), álcool (consumo excessivo), radioterapia
- Imunológicas: trombofilias - ++SAF, cuja 1ª manifestação pode ser precisamente na gravidez
- Uterinas: miomas (+ submucosas), síndrome de Asherman (aderências intrauterinas), exposição *in utero* a dietilestilbrestol, útero septado, etc) → sobretudo importantes no 2ºT

[MD]

## ABORTO RECORRENTE

- Ocorrência de 2 ou + abortos espontâneos (é uma definição que depende dos autores). Timing do aborto é essencial para identificar a causa.

### ESTUDO RECOMENDADO

[GD]

1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE
Cariótipo do casal SAAF (anticoagulante lúpico, anticardiolipina e anti-β2glicoproteína) Imagem do útero (ecografia/histeroscopia)	Imagem do útero (ecografia/histeroscopia)



# ABORTAMENTO E GRAVIDEZ ECTÓPICA

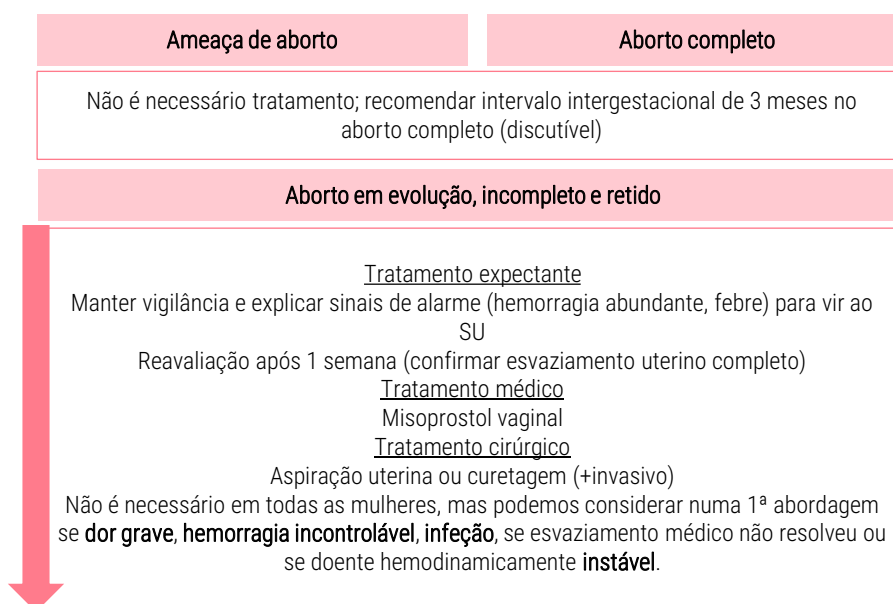


by Ana Faria Pereira e Ana Filipa Ferreira

Medidas preventivas da recorrência:

- SAAF – AAS em baixa dose + HBPM
- Insuficiência cervical – Cerclage cervical
- Anomalias anatómicas – histeroscopia (diagnóstica e terapêutica), miomectomia, cirurgias de reconstrução, etc

## TRATAMENTO



Doente hemodinamicamente instável é para tratamento cirúrgico imediato!



Não esquecer: Dar **Ig anti-D** a grávidas **Rh negativo** em todas estas situações (mesmo que seja só uma ameaça de aborto) + Apoio emocional + Consulta de seguimento em 2-6 semanas.

## ABORTO INDUZIDO

Em Portugal:

- > Por opção da mulher (Interrupção Voluntária da Gravidez – IVG) → até **10** semanas
- > Gravidez resultado de crime (violação) → até **16** semanas
- > Por convicção que o nascituro venha a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita → até **24** semanas (Interrupção Médica da Gravidez – IMG)
- > Feto inviável → a qualquer momento

### TRATAMENTO MÉDICO

Até às 9 semanas  
**Mifepristone + Misoprostol**  
(é o esquema + usado)

### TRATAMENTO CIRÚRGICO

Se aborto incompleto após tratamento médico  
**Aspiração ou curetagem** uterina  
+ Profilaxia ATB (Cefalexima) +/- Controlo ecográfico



# ABORTAMENTO E GRAVIDEZ ECTÓPICA



by Ana Faria Pereira e Ana Filipa Ferreira

Complicações: (são raras)

- Perfuração uterina
- Laceração cervical
- Hemorragia vaginal
- Infecção
- Evacuação uterina incompleta → pode causar libertação de tromboplastina na circulação sistémica e cursar com CID (mulher com ↑TP e ↓plaquetas).
- Aborto séptico → febre + lóquios de cheiro fétido no pós-aborto + choque séptico + choque hemorrágico +/- insuficiência renal → Tratamento: hidratação + ATB e.v. (Clindamicina + Gentamicina) + curetagem por aspiração.
- Síndrome pós aborto → associado a contração uterina ineficaz após aborto (semelhante à atonia uterina): dor abdominal tipo cólica, colo aberto, hemorragia vaginal e útero "mole" → hematometra (retenção de sangue no útero) → Tratamento: aspiração

## GRAVIDEZ ECTÓPICA (GE)

Quando há implantação do blastocisto fora da cavidade uterina – acontece em 1,5% das gestações; 98% dos casos é nas trompas, nomeadamente principalmente na região ampular (região intermédia da trompa); outras localizações, como ovárica e peritoneal, estão descritas.

[MD]

Diagnóstico precoce tem vindo a diminuir a mortalidade associada

Sem intervenção podem acontecer 3 coisas:

- Aborto tubário **OK**
- Resolução espontânea **OK**
- Rotura tubária (hemoperitонеu → choque hipovolémico → morte) **NOT OK**



Massa anexial com saco gestacional com embrião com vitalidade é patognomónico de GE

### Fatores de risco

São importantes sobretudo porque na leitura de caso clínico nos podem pôr na pista do diagnóstico:

- Gravidez ectópica prévia
- Patologia tubária (salpingite)
- Infecção genital prévia (++)Clamídia, DIP, TB)
- Laqueação tubária
- Cirurgia abdominal/pélvica/tubária prévia
- Infertilidade
- Tabagismo
- > 35 anos

### CLÍNICA

Totalmente assintomática

Choque hipovolémico

Muito variável  
**Tríade clássica:**

- > Atraso menstrual
- > Dor abdominal unilateral
- > Hemorragia vaginal escassa a grave

### EXAME FÍSICO

- > Dor à mobilização do colo e/ou palpação do fundo de saco posterior
  - > Massa anexial unilateral
  - > Dor à palpação abdominal
- > Defesa abdominal e reação peritoneal
  - > Taquicardia
  - > HipoTA
- > Ligeira febre (em resposta ao hemoperitонеu)



# ABORTAMENTO E GRAVIDEZ ECTÓPICA



by Ana Faria Pereira e Ana Filipa Ferreira

## ABORDAGEM

Mulher em idade reprodutiva com dor abdominal, hemorragia vaginal irregular e/ou amenorreia → gravidez ectópica até prova em contrário

[GD]

1ª abordagem a estas doentes deve ser o teste de gravidez (urinário) → vindo **negativo** exclui o diagnóstico de gravidez ectópica.

2º Ecografia endovaginal +/-  $\beta$ -hCG plasmática.

Se a ecografia revelar saco gestacional intrauterino – exclui gravidez ectópica.

Se a ecografia revelar "útero vazio" temos de avaliar de acordo com o valor de  $\beta$ -hCG no plasma.

- $\beta$ -hCG > 1500 mUI/mL – suspeitar de GE
- $\beta$ -hCG < 1500 mUI/mL – reavaliar  $\beta$ -hCG em 48h

Uma elevação da  $\beta$ -hCG inferior à fisiológica (o normal é dobrar a cada 48 horas) – **valor estacionário, subida insuficiente ou descida** – deve fazer-nos suspeitar.



**1ª coisa a fazer na suspeita de GE: teste de gravidez → passo seguinte: Ecografia transvaginal**

À ecografia TRANSVAGINAL podemos encontrar a **tríade clássica**:

- Útero vazio com espessamento endometrial (endométrio está a ser estimulado em termos hormonais).
- Massa anexial (saco gestacional com embrião com vitalidade).
- Líquido livre no fundo de saco de Douglas (a sua ausência não exclui!)

Pode ainda haver um pseudo-saco gestacional (acumulação de líquido na cavidade uterina que, em contexto de teste de gravidez positivo, pode erroneamente ser interpretado como um saco gestacional verdadeiro → o verdadeiro SG é excêntrico e o pseudosaco é central).

## GRAVIDEZ ECTÓPICA NÃO TUBAR

Gravidez  
ovárica

O diagnóstico é baseado na descrição ecográfica clássica de um quisto com um amplo anel vascular ecogénico localizado no ovário – pode ser usado tratamento médico ou cirúrgico, de modo a preservar o ovário.

[MD]

Gravidez  
intersticial

Também denominada **gravidez cornual**: implantação do embrião no segmento tubário proximal que se encontra dentro do miométrio da parede uterina. Como o miométrio tem maior capacidade de expansão e acomodação, a rutura de uma gravidez cornual é tipicamente mais **tardia** e frequentemente se associa a hemorragia maciça, podendo requer histerectomia (taxas de mortalidade também superiores).

[T]

Gravidez  
cervical

Implantação do óvulo na mucosa cervical abaixo do OCI. Dois critérios diagnósticos:

- Presença de glândulas cervicais opostas ao local de fixação placentária
- Porção ou toda a placenta deve estar localizada abaixo da entrada dos vasos uterinos ou da reflexão peritoneal na região anterior e superfície uterina posterior.

Tratamento médico ou cirúrgico tem sido usado com sucesso para preservar o colo do útero em casais que desejam manter a fertilidade.

Gravidez  
heterotópica

É a coexistência de uma GE e de uma gravidez intrauterina. As taxas têm aumentado devido às técnicas de reprodução medicamente assistida. É um diagnóstico difícil e tipicamente **tardio**.

Pode ser tentada terapêutica cirúrgica de remoção da GE, preservando a gestação normal. Metotrexato **contraindicado** nestas circunstâncias (pelos efeitos que teria na gestação normal).

Gravidez  
abdominal

Pode resultar de implantação primária na superfície peritoneal ou secundária através de rutura tubária ou aborto tubário.

Até 20% dos fetos podem sobreviver, pelo que deve ser dada a opção à grávida do tratamento cirúrgico ou da continuação da gestação.



# ABORTAMENTO E GRAVIDEZ ECTÓPICA



by Ana Faria Pereira e Ana Filipa Ferreira

## TRATAMENTO

ATITUDE EXPECTANTE	TERAPÊUTICA MÉDICA	TERAPÊUTICA CIRÚRGICA
Se $\beta\text{hCG} < 1000$ e a descer; doente assintomática	Se $\beta\text{hCG}$ entre 1000 e 5000 <b>Metotrexato</b> Sucesso do tratamento se $\beta\text{hCG} < 1000$  Vamos medir $\beta\text{-hCG}$ ao 4º e 7º dia: <ul style="list-style-type: none"><li>Se desceu 15% (<math>\beta\text{-hCG}</math> 7º dia em comparação com 4º dia) mantemos doseamentos até negativar;</li><li>Se descida <math>&lt; 15\%</math> fazemos nova dose de Metotrexato ou tratamento cirúrgico</li></ul>	Em casos de: > $\beta\text{hCG} > 5000$ > Instabilidade hemodinâmica > Massa anexial $> 35\text{mm}$ ou se presença de batimentos cardíacos fetais (porque nestes casos é improvável o sucesso terapêutico do tratamento médico) > Líquido peritoneal livre (=rotura tubária) > Rotura iminente > Alterações analíticas ou contraindicações ao Metotrexato > Cumprimento improvável da vigilância > Amamentação (porque é CI para Metotrexato) > Desejo de contraceção definitiva > Desejo de resolução + rápida > Doença tubária conhecida e FIV planeada > Falência do tratamento médico > Recorrência de gravidez ectópica na mesma trompa  <b>Salpingostomia</b> ou <b>Ressecção segmentar</b> (cirurgias conservativas) ou <b>salpingectomia</b> (principalmente se recorrências)  + Follow up com doseamento semanal de $\beta\text{hCG}$ até negativar

[T]

[GD]

(Extra-matriz)

## GRAVIDEZ MOLAR

Faz parte das doenças gestacionais do trofoblasto. Tipicamente observa-se um útero aumentado para a idade gestacional. Ecograficamente sugerido por imagem em "cacho de uvas" ou "tempestade de neve" ou "massa com espaços hipoecogénicos".

[MD]

As molas podem ser completas (sem partes fetais; diplóides;  $\beta\text{hCG} > 100.000$ ) ou parciais (com partes fetais; geralmente triplóides;  $\beta\text{hCG}$  ligeiramente inferior).

As molas podem invadir (mola hidatiforme invasiva) ou podem mesmo degenerar em coriocarcinoma, adquirindo um comportamento agressivo de neoplasia, com metastização local ou à distância.

Tratamento: esvaziamento uterino (**aspiração**, pelo risco de perfuração não devemos fazer curetagem) + vigilância da  $\beta\text{hCG}$  até negativar + Ig anti-D

[T]

[GD]



Características-chave da gravidez molar que podem aparecer descritas em caso clínico:

- Útero aumentado para a idade gestacional
- $\beta\text{hCG}$  elevada para a idade gestacional
- Ecografia com imagem em "cacho de uvas" ou "tempestade de neve" ou "massa com espaços hipoecogénicos".



Os 3 principais diagnósticos diferenciais que devemos ter em mente num caso clínico com "hemorragia vaginal do 1ºT" são:

- Aborto
- Gravidez ectópica
- Gravidez molar

B

GINECOLOGIA OBSTETRÍCIA - OBSTETRÍCIA

MD, T, GD



# ABORTAMENTO E GRAVIDEZ ECTÓPICA



by Ana Faria Pereira e Ana Filipa Ferreira



Indicações da DGS para administração de Ig anti-D em abortos:

- IMG por métodos cirúrgicos ou médicos, independentemente da idade gestacional.
- Aborto espontâneo completo ou qualquer tipo de aborto necessitando de curetagem uterina, após as 6 semanas de gestação
- Gravidez ectópica ou gravidez molar
- Ameaça de aborto com metrorragia:
  - Após as 12 semanas
  - No caso de metrorragia intermitente, repetir anti-D de 6-6 semanas



## REFERÊNCIAS

Casanova, R., Chuang, A., Goepfert, A., Hueppchen, N., Weiss, P., Beckmann, C., Ling, F., Herbert, W., Laube, D. & Smith, R (2019), *Obstetrics and Gynecology, Eighth Edition*, Wolters Kluwer

Direção-Geral da Saúde. Profilaxia da Isoimunização Rh - norma nº: 2/DSMIA. [Online].; 2007. Acessível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-2dsmia-de-15012007.aspx>.

Direção-Geral da Saúde. Interrupção Medicamentosa da Gravidez – circular normativa nº: 9/SR. [Online].; 2007. Acessível em: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/interruptao-voluntaria-da-gravidez/interruptao-medicamentosa-da-gravidez-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. Interrupção cirúrgica da gravidez até às 10 semanas de gestação – circular normativa nº: 10/SR. [Online].; 2007. Acessível em: <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e-orientacoes/interruptao-voluntaria-da-gravidez/interruptao-cirurgica-da-gravidez-ate-as-10-semanas-de-gestacao-pdf.aspx>



## LEGENDA DE SÍMBOLOS



Ideia-chave ou nota importante a reter.



Mnemónica ou nota que ajuda a memorizar o conteúdo.

