

GRAVIDEZ ECTÓPICA - TRATAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Henrique M. Salvador Silva *
Bernardo Pace Silva de Assis **
Bárbara Pace Silva de Assis **
Márcia Salvador Géó ***
João Pedro Junqueira Caetano ***
Bruno Lemos Ferrari ***

A gravidez ectópica foi descrita pela primeira vez no século XI, sendo caracterizada por gestação que ocorre fora da cavidade uterina, cabendo aqui, a diferenciação das gestações heterotópicas, ou seja, aquelas que ocorrem dentro da cavidade uterina mas fora do corpo uterino. (Tabela 1)

Sua incidência tem aumentado ao longo das duas últimas décadas representando segundo dados recentes do CDC cerca de 2% do número total de gestações. Podemos destacar como os principais fatores que mais contribuíram para tal, o aumento da incidência das doenças inflamatórias pélvicas com consequente comprometimento do epitélio ciliar tubário, as cirurgias tubárias (salpingostomias, fimbrioplastias) e o crescente uso de técnicas de fertilização assistidas.

O incremento dos métodos diagnósticos e terapêuticos, tornou possível não só uma redução das taxas de morbimortalidade assim como a preservação da fertilidade das pacientes, o que é de suma importância uma vez que um número significativo dessas se encontram em plena fase de vida reprodutiva e desejosas de uma gravidez futura.

Ao se falar em tratamento conservador, torna-se necessário a realização de um diagnóstico precoce dessa patologia, caracterizada pela tríade, sangramento uterino, atraso menstrual e dor pélvica aguda, associados ou não.

É fundamental estabelecermos um diagnóstico diferencial com uma série de outras patologias com o quadro clínico bastante semelhante. (Tabela 2)

No período de 1986 a outubro de 1995 foram tratadas em nosso serviço 48 gestações tubárias por laparoscopia convencional e video laparoscopia, técnica na qual somos pioneiros no Brasil.

Para o diagnóstico precoce e preciso desses casos lançamos mão de um exame clínico ginecológico minucioso, dosagem seriada de BHCG, ultra sonografia com sonda endovaginal associada à Doppler fluxometria e a video laparoscopia.

Todas nossas pacientes apresentavam dosagem de HCG positiva , repetida em alguns casos , massa anexial ao ultra som com Doppler de baixa resistência vascular sugestivo de tecido trofoblástico , ausência de saco gestacional intra útero e estado hemodinâmico preservado apesar de em alguns casos haver grande quantidade de sangue dentro da cavidade abdominal .

Preenchido os pré requisitos citados acima, as pacientes foram submetidas à video laparoscopia para a confirmação diagnóstica e tratamento .

Realizamos basicamente duas técnicas cirúrgicas :

- Salpingotomia linear posterior (43 casos)
- Salpingectomia parcial (5 casos) , utilizada nos casos de prole definida , recorrência e grande dano tubário.

Técnica

O procedimento é realizado em centro cirúrgico e sob anestesia geral monitorizada.

Primeiramente realiza-se uma incisão umbilical longitudinal , por onde se introduz a agulha de Verres, para infusão de aproximadamente quatro litros de CO2. Faz-se então a introdução, por essa mesma incisão, da ótica de 10mm de ângulo 0. Após o inventário da cavidade abdominal, com a paciente em posição de Trendelenburg, localiza-se a trompa acometida , que será mobilizada através de pinça tipo fórceps, introduzida por punção suprapúbica auxiliar. Depois de a trompa estar mobilizada injetam-se aproximadamente 10ml de soro fisiológico, a fim de facilitar o descolamento do saco gestacional, através de nova de nova punção auxiliar. A salpingotomia linear posterior é então realizada visando expor o conteúdo tubário , que será retirado do seu leito através de tração e ou ordenha.

Na vigência de sangramento, realiza-se a hemostasia do sítio de implantação tubário através de termocautério mono ou bipolar, ou mesmo gentil compressão.

Após a extrusão do saco gestacional, o mesmo é retirado da cavidade abdominal através de vácuo extração, alargamento de uma das punções auxiliares, culdotomia e ou por minilaparotomia.

Realizamos também a ressecção do segmento tubário acometido por termo coagulação mono ou bipolar e pela utilização de suturas tipo endoloop ao nível do meso tubário .

O tempo cirúrgico é de aproximadamente 30 minutos com uma permanência hospitalar média de 12 horas .

Complicações como infecção e hemorragias per operatórias vultuosas descritas na literatura não ocorreram em nossa casuística .

No pós operatório, realizamos sistematicamente dosagens seriadas de BHCG até sua negatificação que consideramos de grande importância uma vez que são descritos na literatura casos de persistência e ou implantação de tecido trofoblástico na cavidade peritoneal, necessitando assim de terapêutica complementar .

Em todos os casos enviamos o material obtido para estudo anátomo patológico a fim de não deixarmos passar o diagnóstico de uma possível neoplasia trofoblástica gestacional .

Comentários

O tratamento video laparoscopia das gestações ectópicas está hoje difundido na maioria dos grandes centros médicos .

Os dados encontrados na literatura nos permitem considerar a video laparoscopia como de primeira linha no tratamento das gestações ectópicas por se tratar de método de extrema eficácia , segurança , menor custo , morbidade e tempo de retorno às atividades diárias , além de como já foi dito , preservar a fertilidade das pacientes .

Fatores que contra indicavam este método a bem pouco tempo tais quais ; tamanho do saco gestacional , integridade tubária e quantidade de líquido livre na pelve , não mais os fazem , nem mesmo ao se falar da técnica da salpingotomia linear posterior .

Um dos grandes temores do tratamento conservador é a recorrência de uma gestação tubária na trompa tratada anteriormente , entretanto , aumenta-se consideravelmente as chances de uma gravidez intra útero .

A literatura nos mostra uma incidência não significativa de isoimunização pelo fator Rh, não sendo portanto necessária a imunoprofilaxia.

A utilização de pinças e tesouras cirúrgicas especialmente desenvolvidas para estas cirurgias permitem uma manipulação das estruturas sem causar danos teciduais importantes, impedindo-se assim a formação de aderências e suas consequências .

O tratamento medicamentoso através da injeção de metotrexate , seja via injeção intra muscular ou injeção intra saco gestacional guiada por ultra som com sonda endovaginal, são também formas terapêuticas conservadoras disponíveis, entretanto , possuem maiores limitações e resultados um pouco inferiores no que se diz respeito a persistência de tecido trofoblástico e necessidade de tratamento complementar, apresentam porém , a vantagem de serem realizados a nível ambulatorial .

Os resultados relacionados às gestações futuras são bastante promissores , uma vez que a patência tubária é preservada em um número considerável de casos e mesmo nas pacientes em que há comprometimento da

permeabilidade , melhora-se em muito o prognóstico de uma possível microcirurgia para recanalização dessa trompa acometida , principalmente no que se diz respeito ao seu comprimento.