

HELEODORO CORRÊA PINTO¹

LUTERO KOCH JUNG¹

ELIANA WENDLAND²

SIMONE DA CUNHA HEINECK³

Colpotomia no tratamento da gestação ectópica

Treating ectopic pregnancy with colpotomy

Artigo original

Palavras-chave

Gravidez ectópica/terapia
Colpotomia/utilização
Vagina/cirurgia
Laparoscopia
Methotrexato/uso terapêutico

Keywords

Pregnancy, ectopic/therapy
Colpotomy/utilization
Vagina/surgery
Laparoscopy
Methotrexate/therapeutic use

Resumo

OBJETIVO: Relatar o uso da colpotomia para o tratamento de gestações ectópicas. **MÉTODOS:** Estudo transversal retrospectivo. Foram incluídos todos os casos internados com suspeita clínico-laboratorial de gestação ectópica que não preenchem critérios para tratamento medicamentoso com Methotrexato no período de fevereiro de 2007 a agosto de 2008. Foram analisadas variáveis demográficas, história ginecológica e características associadas ao tratamento foram obtidas através de revisão de prontuário. **RESULTADOS:** Dezoito mulheres foram incluídas no estudo. A média de idade foi de $27 \pm 5,2$ anos. Todos os casos apresentavam gestação ectópica rota e todas as pacientes foram submetidas à salpingectomia parcial. O tempo cirúrgico variou de 30 a 120 minutos (média de 64,5 minutos), sendo contabilizado desde o momento de entrada da paciente na sala cirúrgica até o horário da saída. Nenhuma paciente apresentou infecção pós-operatória. O tempo médio de internação foi de $40 \pm 14,3$ horas. As medicações utilizadas no período pós-operatório foram semelhantes em todos os casos, sendo baseadas em anti-inflamatório não esteroide, dipirona, paracetamol e meperidina, conforme a necessidade. A dieta foi reintroduzida 8 horas após o término da cirurgia. **CONCLUSÕES:** A utilização da colpotomia no tratamento da gestação ectópica apresentou bons resultados, com ausência de complicações importantes e tempo de internação curto. O instrumental cirúrgico básico para a realização desse procedimento é relativamente comum a todos os hospitais, e a técnica cirúrgica é reproduzível.

Abstract

PURPOSE: To report the use of colpotomy for the treatment of ectopic pregnancies. **METHODS:** This was a retrospective cross-sectional study conducted on all women hospitalized with a clinical-laboratory suspicion of ectopic pregnancy who did not fulfill the criteria for drug treatment with methotrexate, during the period from February 2007 to August 2008. Demographic variables, gynecologic history and characteristics associated with treatment were obtained by reviewing the medical records. **RESULTS:** Eighteen women were included in the study. Mean age was 27 ± 5.2 years. All patients presented ruptured ectopic pregnancy and all were submitted to partial salpingectomy. Surgical time ranged from 30 to 120 minutes (mean: 64.5 minutes) calculated from the moment when the patient entered the operating room to the moment when she left it. No patient presented postoperative infection. Mean time of hospitalization was 40 ± 14.3 hours. The medications used during the postoperative period were similar in all cases, being based on nonsteroid anti-inflammatory drugs, dipyrone, paracetamol and meperidine, as needed. The diet was reintroduced 8 hours after the end of surgery. **CONCLUSIONS:** The use of colpotomy in the treatment of ectopic pregnancy showed good results, with the absence of important complications and a short hospitalization time. The basic surgical instruments needed for this procedure are relatively common to all hospitals, and the surgical technique is reproducible.

Correspondência

Heleodoro Corrêa Pinto
Hospital Fêmina
Rua Mostardeiro 17 – Bairro Moinhos de Vento
CEP 91430-001
Porto Alegre (RS), Brasil

Recebido

28/09/2011

Aceito com modificações

27/01/2012

Trabalho realizado no Hospital Fêmina – Grupo Hospitalar Conceição – GHC – Porto Alegre (RS), Brasil.

¹ Grupo Hospitalar Conceição – GHC – Porto Alegre (RS), Brasil.

² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA – Porto Alegre (RS), Brasil.

³ Programa de Residência em Ginecologia/Obstetria do Hospital Fêmina – Grupo Hospitalar Conceição – GHC – Porto Alegre (RS), Brasil.

Introdução

A gestação ectópica é definida como a gestação que ocorre fora da cavidade uterina¹. Em 97% dos casos está localizada na tuba uterina e, dessas, aproximadamente 55% ocorrem na região da ampola, 25% no istmo, 17% na fímbria e 3% na cavidade abdominal, ovário e cérvix². A incidência global da prenhez ectópica tem aumentado ao longo do tempo, associado ao aumento da incidência de doença inflamatória pélvica³. No Reino Unido, estima-se uma incidência de 11,1 a cada 1000 gestações; nos Estados Unidos são descritos cerca de 100.000 casos por ano^{4,5}. No Brasil, a mortalidade materna por gestação ectópica insere-se entre as causas hemorrágicas e não há dados sobre sua prevalência no país⁶. Em estudo realizado num hospital público de São Paulo, a prevalência de gestações ectópicas submetidas à laparotomia se manteve estável durante os 6 anos levantados, respondendo por 11,2% do total de laparotomias realizadas em mulheres no período estudado⁶. É uma condição que, quando retardado seu diagnóstico, apresenta grande morbidade e mortalidade no primeiro trimestre da gestação⁷, evoluindo com sangramento, choque e morte.

Qualquer mulher em idade fértil pode desenvolver uma gestação ectópica. Entretanto, considera-se como de alto risco pacientes com gestação ectópica prévia, história de cirurgia pélvica prévia incluindo ligadura tubária, história de doença sexualmente transmissível, concepção resultante de reprodução assistida, uso prolongado de dispositivo intrauterino, tabagismo, múltiplos parceiros sexuais e história de exposição ao dietilbestrol^{5,8}.

Geralmente as pacientes apresentam-se com dor abdominal, atraso menstrual e sangramento vaginal não compatível com menstruação⁵. O uso de medidas seriadas de gonadotrofina coriônica humana (HCG), porção beta e ultrassonografia facilitam o diagnóstico inicial^{5,8}. Um aumento irregular do β -HCG ($\leq 66\%$ em 48 h) e/ou um β -HCG quantitativo maior que 1500 mIU/mL sem imagem ecográfica intrauterina de gestação, mas com uma imagem complexa em anexo, sugerem diagnóstico de prenhez ectópica⁵.

A conduta expectante é uma das opções de tratamento, com bons resultados em 47 a 82% dos casos, em pacientes com níveis de β -HCG menores que 1000 mIU/mL e com massa ectópica menor que 4 cm, sem batimentos cardíacos, e que concordem com a forma expectante².

Em pacientes hemodinamicamente estáveis, com imagem menor que 4 cm e com quadro clínico compatível com gestação ectópica íntegra, β -HCG menor que 5000 mIU/mL e sem atividade cardíaca fetal, pode-se optar por tratamento medicamentoso, e deve ser a primeira escolha para as pacientes desejosas de uma futura gestação, uma vez que preserva a tuba uterina, mantendo

a capacidade reprodutiva⁹⁻¹¹. O metotrexato é uma droga antagonista do ácido fólico que compete com os receptores dihidrofólico ácido redutase, que converte o dihidrofolato em tetrahidrofolato. Na ausência do tetrahidrofolato a síntese de DNA é impossibilitada, impedindo a replicação celular^{2,12}.

Em pacientes hemodinamicamente instáveis, a laparotomia é o tratamento indicado, sendo a salpingectomia indicada nas pacientes com prole constituída, nos casos de lesão tubárea irreparável, nas tentativas de salpingostomia com sangramento persistente, quando ocorre recidiva de gravidez ectópica na mesma tuba e quando os títulos de β -HCG são muito elevados⁹. Diversos estudos compararam a eficácia da salpingectomia ou da salpingostomia em relação ao futuro reprodutivo^{13,14}, não existindo consenso sobre qual seria o procedimento mais adequado¹⁵.

Quando a imagem ultrassonográfica da trompa é maior do que 5 cm no diâmetro transversal ou quando existem sinais clínicos compatíveis com gestação ectópica rota, mas em presença de estabilidade hemodinâmica, indica-se o tratamento cirúrgico laparoscópico^{9,16}.

O tratamento da gestação ectópica por via vaginal foi usado pela primeira vez em 1896 quando Huward Kelly descreveu dez casos¹⁷. A colpotomia, assim como a laparoscopia, é uma técnica menos invasiva do que a laparotomia; ambas apresentam menor perda sanguínea, menor dor no pós-operatório, menor tempo de internação e retorno mais rápido às atividades rotineiras^{18,19}.

O objetivo do presente estudo foi descrever uma série de casos de gestação ectópica tratadas com a técnica cirúrgica por via vaginal (colpotomia) em um hospital público de Porto Alegre.

Métodos

Foram analisados, retrospectivamente, através de revisão de prontuário, todos os procedimentos realizados via colpotomia no período de fevereiro de 2007 a agosto de 2008, no Hospital Fêmeina de Porto Alegre, referência em atendimento de urgência ginecológica no estado do Rio Grande do Sul. Foram incluídos todos os casos internados por um dos autores (HCP), internados com suspeita clínico-laboratorial de gestação ectópica, que não preenchiam critérios para tratamento medicamentoso com metotrexato. A colpotomia foi a técnica escolhida tendo em vista a experiência com cirurgia vaginal e por ser a via cirúrgica de preferência dos membros da equipe. Os prontuários foram revisados para a coleta de informações referentes à idade, paridade, raça, tempo cirúrgico, complicações no pós-operatório e medicação analgésica utilizada no pós-operatório.

As pacientes foram submetidas à colpotomia sob anestesia condutiva, após jejum de 8 horas para sólidos

e 6 horas para líquidos, tendo sido desconsiderado nos casos de urgência. O procedimento foi realizado com as pacientes em posição ginecológica forçada, com coxas flexionadas com aproximadamente 45° a 60° em relação ao abdômen, para melhor exposição da pelve. Foi realizada sondagem vesical de demora e utilizada a válvula de peso longa, apoiando-a na parede vaginal posterior.

O afastamento da parede vesical anterior e a exposição do colo uterino foram feitos usando-se a válvula de Breiski, sendo o lábio posterior do colo fixado e tracionado na sequência. A incisão foi realizada na transição da mucosa vaginal posterior e colo uterino, utilizando-se eletrocautério monopolar com 40 W de potência, com posterior dissecação da parede vaginal.

Após a abertura do peritônio parietal a mesa cirúrgica foi inclinada anteriormente para propiciar o escoamento do sangue livre na cavidade. Algumas vezes, a trompa afetada apresentou-se espontaneamente. Quando isso não ocorreu, ela foi identificada usando-se gaze montada e pinça de Babcock e a tuba foi clampeada com pinça de Satinsky e realizada a salpingectomia parcial da extremidade proximal à massa. Sempre que possível, a tuba foi mantida, utilizando-se a técnica de salpingostomia conforme a técnica laparotômica, através da borda anti-mesentérica. Após lavagem da cavidade pélvica com soro fisiológico a cavidade foi fechada com fio absorvível em pontos separados e em uma única camada.

O projeto deste trabalho foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição – GHC (n° 081/08).

Resultados

No período analisado, foram submetidas ao procedimento vaginal 21 pacientes, das quais 18 foram incluídas no trabalho. Dois prontuários não foram localizados. Uma paciente operada não apresentava gestação ectópica, mas sim cisto ovariano. Características demográficas e obstétricas podem ser observadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características das 18 pacientes com gestação ectópica submetidas a colpotomia (fevereiro de 2007 a agosto de 2008)

Característica	Média±DP
Idade	27±5,2
Tempo de internação (horas)	40±14,3
	n (%)
Cor da pele	
Branca	14 (77,8)
Preta	4 (22,2)
Paridade	
Nulíparas	6 (33,3)
Múltiplas	12 (66,7)

DP: desvio padrão.

Todos os casos apresentavam gestação ectópica tubária rota e todas as pacientes foram submetidas à salpingectomia parcial. Oito casos apresentaram gestação ectópica à direita e dez casos à esquerda. O tempo cirúrgico variou de 30 a 120 minutos (média 64,5 minutos), sendo contabilizado do momento de entrada da paciente na sala até o horário da saída da sala cirúrgica. Nenhuma paciente apresentou infecção pós-operatória. Dezesete pacientes receberam alta em até 48 horas (94,4%) e uma paciente permaneceu 72 horas. A medicação utilizada no período pós-operatório foi semelhante em todos os casos, sendo utilizados anti-inflamatórios não esteroides, dipirona, paracetamol e meperidina conforme necessidade. A dieta foi reintroduzida 8 horas após o término da cirurgia, conforme rotina do Hospital. Após a alta hospitalar, a paciente retornou para consulta médica em 30 dias para revisão cirúrgica e conhecimento do resultado do exame anatomopatológico.

Discussão

A videolaparoscopia é o tratamento cirúrgico de escolha nos casos de gestação ectópica, sendo que, nos países desenvolvidos, 80% dos casos são tratados por essa via^{9,11,20}. A laparoscopia permite o diagnóstico da patologia e o tratamento no mesmo tempo cirúrgico, proporcionando uma redução significativa nos índices de complicações referentes ao atraso no diagnóstico, somadas às vantagens de uma abordagem minimamente invasiva^{20,21}. Além disso, a laparoscopia é considerada a via preferencial por apresentar inúmeras vantagens, como menor tempo de internação, retorno mais rápido às atividades e custos mais baixos devido ao menor tempo de hospitalização^{9,22}. No entanto, a instalação do instrumental laparoscópico tem um alto custo e requer treinamento especializado^{20,21}. Em muitos hospitais brasileiros, existe dificuldade para a realização da laparoscopia, seja por limitação da equipe ou do instrumental endoscópico⁶.

O tratamento da gestação ectópica usando-se a abordagem vaginal pela colpotomia tem sido preterido como segunda ou terceira opção cirúrgica, mesmo havendo relatos de experiências que evidenciam ser um método seguro, rápido e efetivo²³. A via vaginal tem sido usada na abordagem de diversas outras lesões pélvicas, como abscesso tubovariano e ligadura tubária, e histerectomia. Os benefícios em relação à abordagem laparoscópica e laparotômica já foram relatados em recente revisão da Cochrane²⁴. Vantagens significativas foram comprovadas em relação à via abdominal, como retorno mais rápido às atividades, menor tempo de internação e pós-operatório menos doloroso^{23,24}. A via vaginal ainda evita incisões abdominais, apresentando, portanto, melhor resultado cosmético para a paciente¹⁷. O instrumental cirúrgico básico para a realização desse procedimento é encontrado rotineiramente em todos os hospitais. Isso faz da abordagem vaginal uma técnica facilmente reprodutível, ao contrário

da laparoscopia, cujo instrumental não está disponível em todos os hospitais brasileiros, além de requerer maior treinamento cirúrgico.

O presente estudo possui limitação por ser um relato de um número relativamente pequeno de casos e por não ter acompanhamento a longo prazo. Além disso, não houve comparação desses casos com as demais pacientes tratadas por outra via cirúrgica (laparotomia ou laparoscopia). No entanto, os resultados observados em relação à cirurgia vaginal foram muito bons, com tempo reduzido de internação e ausência de complicações importantes. Conforme os prontuários analisados, nenhuma das 18 pacientes necessitou de reinternação. O período máximo para alta

hospitalar próximo a 48 horas (94,4% das pacientes) é semelhante à cirurgia laparoscópica. Pouca medicação no período pós-operatório foi necessária, confirmando ser um procedimento minimamente invasivo, de baixa lesão de tecidos e com pequeno custo ao sistema de saúde.

O tratamento da gestação ectópica via colpotomia, já instituído, mas talvez esquecido ao longo do tempo, pode ser utilizado nessas situações, quando a videolaparoscopia não está disponível, oferecendo uma melhor recuperação às pacientes, quando comparado à laparotomia. Existe a necessidade da realização de estudos prospectivos, para comparar as diferentes técnicas cirúrgicas no tratamento desta patologia, com tempo maior de seguimento²³.

Referências

1. Cabrera Samith I, Peráles CI, Romero AG. Análisis epidemiológico y clínico del embarazo ectópico: Hospital Base de Los Ángeles. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(2):96-100.
2. Lozeau AM, Potter B. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Am Fam Physician.* 2005;72(9):1707-14.
3. Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielsson D. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Infect.* 2000;76(1):28-32.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ectopic pregnancy - United States, 1990-1992. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 1995;44(3):46-8.
5. Al-Jabri S, Malus M, Tulandi T. Ectopic pregnancy. *BMJ.* 2010;341:c3770.
6. Fernandes AMS, Ribeiro LP, Moraes FH, Meira PC, Sollero CA, Yamada EM. Prevalência de gestação ectópica de tratamento cirúrgico em Hospital Público de 1995-2000. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50(4):413-6.
7. Berg CJ, Chang J, Callaghan WM, Whitehead SJ. Pregnancy-related mortality in the United States, 1991-1997. *Obstet Gynecol.* 2003;101(2):289-96.
8. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 2006;86(5 Suppl 1):S96-102.
9. Elito Junior J, Montenegro NA, Soares RC, Camano L. Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. *Situação Atual. Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(3):149-59.
10. Tejero C EL, Ortega M S, Royo A B, Andres O P, Lapresta M M, Campillos M JM. Gestación ectópica cervical tratada mediante punción ecoguiada intrasacular de metotrexato. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(5):325-8.
11. Hajenius PJ, Engelsbel S, Mol BW, Van der Veen F, Ankum WM, Bossuyt PM, et al. Randomised trial of systemic methotrexate versus laparoscopic salpingostomy in tubal pregnancy. *Lancet.* 1997;350(9080):774-9.
12. Oriol B, Barrio A, Pacheco A, Serna J, Zuzuarregui JL, Garcia-Velasco JA. Systemic methotrexate to treat ectopic pregnancy does not affect ovarian reserve. *Fertil Steril.* 2008;90(5):1579-82.
13. Clausen I. Conservative versus radical surgery for tubal pregnancy. A review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1996;75(1):8-12.
14. Mol BW, Matthijse HC, Tinga DJ, Huynh T, Hajenius PJ, Ankum WM, et al. Fertility after conservative and radical surgery for tubal pregnancy. *Hum Reprod.* 1998;13(7):1804-9.
15. Bangsgaard N, Lund CO, Ottensen B, Nilas L. Improved fertility following conservative surgical treatment of ectopic pregnancy. *BJOG.* 2003;110(8):765-70.
16. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Early diagnosis and management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 2004;82 Suppl 1:S146-8.
17. Wooten EL. Use of posterior colpotomy in the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy and other lesions of the pelvis. *Am J Obstet Gynecol.* 1960;80:727-33.
18. Cherny WB, Wilbanks G, Peete CH Jr. The management of ectopic pregnancy by colpotomy. *South Med J.* 1962;55:658-72.
19. Culton YG, Van Ostrand JR. Colpotomy as a definitive operation in ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1967;29(2):279-83.
20. Duggal BS, Tarneja P, Sharma RK, Rath SK, Wadhwa RD. Laparoscopic management of ectopic pregnancies. *MJAFI.* 2004;60(3):220-3.
21. Scasso JC, Scasso S, Laufer J, Alves J, Sierra I, Varela S. Rol de la laparoscopia en los cuadros agudos de abdomen inferior en la mujer: revisión últimos 10 años, Servicio de Ginecología del Hospital Británico. *Rev Méd Urug.* 2011;27(2):82-7.
22. Lundorff P, Thorburn J, Hahlin M, Kallfelt B, Lindblom B. Laparoscopic surgery in ectopic pregnancy. A randomized trial versus laparotomy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1991;70(4-5):343-8.
23. Farrell SA, Al-Ghasham H. Management of ectopic pregnancy through a posterior colpotomy: two cases. *J Obstet Gynaecol Can.* 2008;30(12):1137-9.
24. Nieboer TE, Johnson N, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD003677.