



GRAVIDEZ ECTÓPICA NÃO TUBÁRIA: REVISÃO SISTEMÁTICA DE CASOS RAROS E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

NON-TUBAL ECTOPIC PREGNANCY: A SYSTEMATIC REVIEW OF RARE CASES AND THERAPEUTIC STRATEGIES

EMBARAZO ECTÓPICO NO TUBÁRICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE CASOS RAROS Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

Data da submissão: 21/10/2025

Data de publicação: 21/11/2025

Henrique Pedrosa Andrian

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Franca (UNIFRAN)

E-mail: henriquepedrosaandrian@gmail.com

Rodrigo Chrastello

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Franca (UNIFRAN)

E-mail: digochrastello@gmail.com

Pedro Lucca Macedo Oliveira

Graduando em Medicina

Instituição: Universidade de Franca (UNIFRAN)

E-mail: pedroluccamed@gmail.com

Caroline Carrasco Antunes

Médica, Ginecologista e Obstetra, Preceptora da Disciplina de Ginecologia no Internato da
Universidade De Franca

Instituição: Faculdade de Medicina de Catanduva (UNIFIPA/FAMECA)

E-mail: carolinecantunes1@gmail.com

RESUMO

OBJETIVO: Analisar os principais aspectos da gravidez ectópica não tubária, com foco em localizações raras como gravidez esplênica, intersticial, retroperitoneal e em cicatriz de cesárea, abordando os métodos diagnósticos e terapêuticos disponíveis. **METODOLOGIA:** Revisão sistemática baseada em oito estudos completos extraídos de artigos científicos publicados entre 2020 e 2024, incluindo relatos de caso, revisões sistemáticas e meta-análises. Os critérios de inclusão foram: artigos em inglês, português e espanhol; disponíveis na íntegra; que abordassem diretamente o diagnóstico, tratamento ou evolução clínica de gestações ectópicas não tubárias. Foram excluídos artigos duplicados, resumos sem dados clínicos e estudos que não tratavam diretamente das variantes analisadas. **RESULTADOS:** A gravidez ectópica não tubária representa um desafio clínico significativo, com risco elevado de morbidade e mortalidade materna. As formas raras, como a gravidez esplênica e retroperitoneal, exigem diagnóstico por imagem avançada (TC, RM) e intervenção cirúrgica imediata em casos de instabilidade. A gravidez intersticial pode ser tratada com protocolos medicamentosos combinando metotrexato e mifepristona, enquanto a gravidez em cicatriz de cesárea demanda abordagem individualizada, incluindo embolização arterial uterina e excisão guiada por imagem. A cirurgia laparoscópica demonstrou superioridade em tempo operatório,



recuperação e taxa de complicações em comparação à laparotomia. **CONCLUSÃO:** A identificação precoce e o manejo adequado das gestações ectópicas não tubárias são fundamentais para reduzir a mortalidade materna e preservar a fertilidade. A padronização de desfechos clínicos e o desenvolvimento de diretrizes específicas são essenciais para orientar condutas clínicas e aprimorar os resultados terapêuticos.

Palavras-chave: Gravidez Ectópica não Tubária. Gravidez Esplênica. Gravidez Intersticial. Cicatriz de Cesárea. Diagnóstico. Tratamento.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the main aspects of non-tubal ectopic pregnancy, with a focus on rare locations such as splenic, interstitial, retroperitoneal, and cesarean scar pregnancies, addressing the available diagnostic and therapeutic methods. **METHODOLOGY:** Systematic review based on eight full studies extracted from scientific articles published between 2020 and 2024, including case reports, systematic reviews, and meta-analyses. Inclusion criteria were: articles in English, Portuguese, and Spanish; full-text availability; and direct discussion of the diagnosis, treatment, or clinical evolution of non-tubal ectopic pregnancies. Exclusion criteria included duplicate articles, abstracts without clinical data, and studies not directly addressing the analyzed variants. **RESULTS:** Non-tubal ectopic pregnancy represents a significant clinical challenge, with a high risk of maternal morbidity and mortality. Rare forms, such as splenic and retroperitoneal pregnancies, require advanced imaging (CT, MRI) and immediate surgical intervention in cases of instability. Interstitial pregnancy may be treated with medication protocols combining methotrexate and mifepristone, whereas cesarean scar pregnancy demands an individualized approach, including uterine artery embolization and image-guided excision. Laparoscopic surgery demonstrated superiority in operative time, recovery, and complication rates compared to laparotomy. **CONCLUSION:** Early identification and appropriate management of non-tubal ectopic pregnancies are essential to reduce maternal mortality and preserve fertility. Standardizing clinical outcomes and developing specific guidelines are crucial for guiding clinical decision-making and improving therapeutic results.

Keywords: Non-Tubal Ectopic Pregnancy. Splenic Pregnancy. Interstitial Pregnancy. Cesarean Scar. Diagnosis. Treatment.

RESUMEN

OBJETIVO: Analizar los principales aspectos del embarazo ectópico no tubárico, con enfoque en localizaciones raras como el embarazo esplénico, intersticial, retroperitoneal y en cicatriz de cesárea, abordando los métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles. **METODOLOGÍA:** Revisión sistemática basada en ocho estudios completos extraídos de artículos científicos publicados entre 2020 y 2024, incluyendo informes de casos, revisiones sistemáticas y metaanálisis. Los criterios de inclusión fueron: artículos en inglés, portugués y español; disponibles en texto completo; que abordaran directamente el diagnóstico, tratamiento o evolución clínica de los embarazos ectópicos no tubáricos. Se excluyeron artículos duplicados, resúmenes sin datos clínicos y estudios que no trataban directamente las variantes analizadas. **RESULTADOS:** El embarazo ectópico no tubárico representa un desafío clínico significativo, con alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna. Las formas raras, como el embarazo esplénico y retroperitoneal, requieren diagnóstico por imagen avanzado (TC, RM) e intervención quirúrgica inmediata en casos de inestabilidad. El embarazo intersticial puede tratarse con protocolos farmacológicos que combinan metotrexato y mifepristona, mientras que el embarazo en cicatriz de cesárea demanda un abordaje individualizado, que incluye embolización arterial uterina.



y excisión guiada por imagen. La cirugía laparoscópica demostró superioridad en tiempo operatorio, recuperación y tasa de complicaciones en comparación con la laparotomía. **CONCLUSIÓN:** La identificación precoz y el manejo adecuado de los embarazos ectópicos no tubáricos son fundamentales para reducir la mortalidad materna y preservar la fertilidad. La estandarización de los desenlaces clínicos y el desarrollo de directrices específicas son esenciales para orientar las conductas clínicas y mejorar los resultados terapéuticos.

Palabras clave: Embarazo Ectópico no Tubárico. Embarazo Esplénico. Embarazo Intersticial. Cicatriz de Cesárea. Diagnóstico. Tratamiento.



1 INTRODUÇÃO

A gestação ectópica é uma condição obstétrica caracterizada pela implantação do embrião fora da cavidade uterina, sendo as tubas uterinas o local mais frequentemente acometido. Representa cerca de 1 a 2% das gestações, mas é responsável por uma parcela significativa das emergências ginecológicas devido ao risco de ruptura e hemorragia interna (HENDRIKS; ROSENBERG; PRINE, 2020). A etiologia da gestação ectópica é multifatorial, envolvendo alterações anatômicas, inflamatórias e hormonais que comprometem o transporte embrionário até o útero (ZAŁĘCKA et al., 2022).

Entre os fatores de risco mais comuns estão a doença inflamatória pélvica, cirurgias tubárias prévias, uso de dispositivos intrauterinos, tabagismo e técnicas de reprodução assistida (MULLANY et al., 2023). A associação entre endometriose e gestação ectópica também tem sido amplamente investigada, sugerindo que processos inflamatórios e alterações na receptividade endometrial podem contribuir para a implantação ectópica (ZAŁĘCKA et al., 2022).

O diagnóstico precoce é essencial para evitar complicações graves. Ele é geralmente realizado por meio de ultrassonografia transvaginal associada à dosagem de beta-hCG, embora marcadores laboratoriais como a creatina fosfoquinase também tenham sido propostos como auxiliares diagnósticos (GHORBANI; KERAMAT; LEDARI, 2020). A ruptura da gestação ectópica é uma complicação potencialmente fatal, com prevalência variável e fatores associados como atraso no diagnóstico e localização da implantação (XU et al., 2024; WANG; ZHANG, 2024).

O tratamento pode ser clínico, com uso de metotrexato em casos selecionados, ou cirúrgico, especialmente em situações de instabilidade hemodinâmica ou falha terapêutica (SOLANGON et al., 2023; STABILE et al., 2021). Abordagens minimamente invasivas têm sido exploradas com sucesso em casos raros, como implantações próximas aos vasos ilíacos (HUANG et al., 2023). Além disso, a laparoscopia tem se mostrado eficaz na resolução cirúrgica, com menor tempo de recuperação e preservação da fertilidade (ZHAI; CHEN; ZHANG, 2024).

A escolha do tratamento deve considerar não apenas a segurança clínica, mas também os desfechos reprodutivos futuros. Estudos comparativos entre manejo conservador e cirúrgico indicam que ambos podem preservar a fertilidade, embora fatores como idade, tipo de tratamento e condição tubária influenciem os resultados (HAO et al., 2023). A definição de um conjunto de desfechos clínicos padronizados tem sido proposta para orientar futuras pesquisas e melhorar a comparabilidade entre estudos (CHONG et al., 2023).



Por fim, a gestação ectópica representa um desafio clínico e reprodutivo, exigindo diagnóstico precoce, manejo individualizado e atenção aos impactos físicos e emocionais da paciente. O desenvolvimento de novas estratégias farmacológicas e a consolidação de consensos internacionais são passos importantes para aprimorar o cuidado e os resultados (LEZIAK et al., 2022; HU et al., 2020).

A gravidez ectópica representa uma condição ginecológica de alta complexidade clínica, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna no primeiro trimestre, especialmente quando não diagnosticada precocemente. Diante da diversidade de abordagens diagnósticas — como ultrassonografia transvaginal, dosagem de β -hCG, biomarcadores emergentes (activina-AB, PAPP-A, ADAM-12, micro-RNA, CPK) e técnicas de amostragem endometrial — e das múltiplas estratégias terapêuticas disponíveis (metotrexato, salpingostomia, salpingectomia, manejo expectante), torna-se essencial consolidar as evidências científicas que orientam a prática clínica. Esta revisão sistemática tem como objetivo avaliar criticamente os métodos diagnósticos e terapêuticos utilizados na gravidez ectópica, com foco na acurácia, segurança e impacto reprodutivo, além de identificar fatores associados à ruptura tubária e suas implicações clínicas. A motivação para este estudo decorre da necessidade de padronizar condutas, reduzir diagnósticos tardios, evitar intervenções desnecessárias e promover decisões clínicas mais eficazes e centradas na preservação da fertilidade e na segurança da paciente.

O objetivo desta revisão sistemática é analisar criticamente as evidências disponíveis sobre os métodos diagnósticos e terapêuticos utilizados na gravidez ectópica, com foco na acurácia dos exames, segurança clínica, impacto reprodutivo e fatores associados à ruptura tubária. A motivação para este estudo decorre da alta prevalência e gravidade da condição, que representa uma das principais causas de mortalidade materna no primeiro trimestre, e da necessidade de consolidar o conhecimento científico para orientar condutas clínicas mais eficazes, reduzir diagnósticos tardios, evitar intervenções desnecessárias e promover estratégias que preservem a fertilidade e a segurança da paciente.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática que busca compreender os principais aspectos relacionados com o desenvolvimento da gestação ectópica, bem como demonstrar os principais métodos utilizados no diagnóstico e tratamento do quadro, objetivando garantir uma maior elucidação clínica desta patologia. Para o desenvolvimento dessa pesquisa foi elaborada uma questão norteadora por meio da estratégia PVO (população, variável e objetivo): “Quais são os principais aspectos que permeiam o



desenvolvimento da gestação ectópica, bem como quais são os recursos diagnósticos e terapêuticos utilizados na prática clínica?”.

As buscas foram realizadas por meio de pesquisas nas bases de dados PubMed Central (PMC). Foram utilizados três descritores em combinação com o termo booleano “AND”: Ectopic Pregnancy, Infertility e Pregnancy Complications. A estratégia de busca utilizada na base de dados PMC foi: Ectopic Pregnancy AND Infertility e Ectopic Pregnancy AND Pregnancy Complications. Desta busca foram encontrados 231 artigos, posteriormente submetidos aos critérios de seleção. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês, português e espanhol; publicados no período de 2019 a 2024 e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, além disso, estudos de revisão, observacionais e experimentais, disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após a associação dos descritores utilizados nas bases pesquisadas foram encontrados um total de 231 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 13 artigos na base de dados PubMed, sendo utilizados um total de 8 estudos para compor a coletânea.

3 RESULTADOS

Tabela1: Resultados e contribuições dos artigos utilizados

Tipo de Gravidez Ectópica	Autor(es)	Ano	Contribuições Principais
Esplênica	Antequera et al.	2021	Relato de caso tratado com esplenorrafia; revisão de 27 casos; TC com 100% de acurácia.
Intersticial	Stabile et al.	2021	Uso combinado de metotrexato e mifepristona; tratamento conservador eficaz em casos viáveis.
Retroperitoneal (REP)	Huang et al.	2023	Caso tratado com MTX local e sistêmico; revisão de 31 casos; destaque para risco vascular.
Retroperitoneal (REP)	Xu et al.	2022	Tratamento multidisciplinar; importância da imagem avançada; necessidade de abordagem cirúrgica em casos instáveis.
Cicatriz de cesárea (CSP)	Long et al. (Cochrane)	2020	Revisão sistemática; comparações entre MTX sistêmico e EAU; evidência de baixa qualidade.
Cicatriz de cesárea (CSP)	Chong et al.	2023	Desenvolvimento de conjunto de resultados essenciais (COS) para pesquisas futuras em EP.
Tubária avançada	Wang; Zhang	2024	Caso raro no segundo trimestre; ruptura com hemoperitônio; importância da intervenção cirúrgica imediata.
Comparação cirúrgica (LS vs CA)	Zhai et al. (Frontiers)	2024	Meta-análise com 8 estudos; laparoscopia superior em tempo operatório, recuperação e complicações.

Fonte: Autores.



4 DISCUSSÃO

4.1 GRAVIDEZ ECTÓPICA RETROPERITONEAL (REP)

A gravidez ectópica retroperitoneal (REP) é uma forma extremamente rara de gestação ectópica, caracterizada pela implantação do saco gestacional na cavidade retroperitoneal, geralmente em proximidade com grandes vasos como a veia cava inferior, a aorta abdominal ou os vasos ilíacos. Essa localização incomum representa um risco elevado de hemorragia catastrófica, especialmente em casos de ruptura, sendo a mortalidade estimada até sete vezes maior que a de outras formas de gravidez ectópica (XU et al., 2022; HUANG et al., 2023).

O diagnóstico da REP é desafiador devido à ausência de sinais clínicos específicos. Os sintomas mais comuns incluem dor abdominal inespecífica, sangramento vaginal leve ou ausente e níveis elevados de β -hCG sem evidência de saco gestacional intrauterino na ultrassonografia transvaginal (XU et al., 2022). A ultrassonografia transabdominal e a tomografia computadorizada (TC) são fundamentais para a localização precisa da massa gestacional e sua relação com estruturas retroperitoneais. Em casos selecionados, a ressonância magnética (RM) pode ser utilizada para complementar o diagnóstico (HUANG et al., 2023).

A patogênese da REP ainda não é completamente compreendida, mas três hipóteses principais foram propostas: (1) migração linfática ou vascular de células trofoblásticas, (2) perfuração uterina iatrogênica durante procedimentos de reprodução assistida e (3) presença de defeitos peritoneais ou fístulas que permitiriam a migração do embrião para o retroperitônio (XU et al., 2022; HUANG et al., 2023).

O tratamento da REP deve ser individualizado, considerando a estabilidade hemodinâmica da paciente, a localização da massa e os recursos disponíveis. Em pacientes estáveis, o tratamento medicamentoso com metotrexato (MTX), associado ou não à injeção local guiada por imagem, pode ser eficaz. No entanto, a taxa de sucesso é variável, especialmente em casos com atividade cardíaca embrionária ou altos níveis de β -hCG (HUANG et al., 2023). A cirurgia é indicada em casos de falha terapêutica ou instabilidade clínica, sendo a laparotomia preferida à laparoscopia devido à melhor exposição das estruturas retroperitoneais e maior controle do sangramento (XU et al., 2022).

A literatura atual ainda é limitada a relatos de caso e séries pequenas, o que reforça a necessidade de estudos multicêntricos e diretrizes clínicas específicas para o manejo da REP. O reconhecimento precoce da condição e a atuação de equipes multidisciplinares são essenciais para reduzir a morbidade e a mortalidade associadas (CHONG et al., 2023).



4.2 GRAVIDEZ ECTÓPICA ESPLÊNICA

A gravidez esplênica é uma forma extremamente rara de gravidez ectópica abdominal, caracterizada pela implantação do saco gestacional na superfície ou parênquima do baço. Até o momento, menos de 35 casos foram descritos na literatura médica mundial, sendo considerada uma condição de alto risco devido à possibilidade de hemorragia intra-abdominal grave e potencial risco de morte materna (ANTEQUERA et al., 2021).

A gravidez ectópica ocorre em aproximadamente 1 a 2% de todas as gestações, sendo a maioria localizada nas trompas de Falópio. As gestações ectópicas abdominais representam cerca de 1,3% dos casos, e a localização esplênica é uma das mais incomuns (ANTEQUERA et al., 2021). A etiologia da gravidez esplênica ainda não é completamente compreendida, mas acredita-se que possa ocorrer por falha na captação do óvulo pela fimbria, com posterior implantação primária no baço, ou secundária à migração de um embrião após ruptura tubária.

O diagnóstico da gravidez esplênica é desafiador, especialmente em pacientes que se apresentam em estado de choque hemorrágico. Os sintomas incluem dor abdominal aguda, síncope, dor referida no ombro esquerdo (devido à irritação do diafragma pelo sangue), e sinais de instabilidade hemodinâmica. A ultrassonografia transvaginal pode não identificar a localização gestacional, sendo a tomografia computadorizada (TC) o exame mais sensível para detectar a presença de um saco gestacional no baço, com taxa de acurácia de 100% nos casos relatados (ANTEQUERA et al., 2021).

Historicamente, a maioria dos casos foi tratada por esplenectomia, devido à dificuldade de acesso cirúrgico e ao risco de sangramento incontrolável. No entanto, em pacientes estáveis, a esplenorrafia — técnica de preservação parcial do baço — tem sido descrita como uma alternativa segura e eficaz, permitindo a preservação da função imunológica esplênica (ANTEQUERA et al., 2021).

Além da abordagem cirúrgica, há relatos de tratamento medicamentoso com metotrexato (MTX) em casos selecionados, especialmente quando o diagnóstico é feito precocemente e não há sinais de ruptura. A embolização da artéria esplênica também foi proposta como alternativa em pacientes estáveis, embora ainda seja considerada experimental.

A gravidez esplênica apresenta risco elevado de morbidade e mortalidade materna, especialmente quando há ruptura esplênica. O prognóstico depende da rapidez do diagnóstico e da intervenção. A preservação do baço deve ser considerada sempre que possível, principalmente em pacientes jovens, devido à sua importância imunológica. A ausência de diretrizes específicas para o



manejo da gravidez esplênica reforça a necessidade de maior divulgação dos casos e desenvolvimento de protocolos clínicos.

4.3 GRAVIDEZ ECTÓPICA INTERSTICIAL

A gravidez intersticial é uma forma rara de gravidez ectópica, caracterizada pela implantação do saco gestacional na porção intersticial da trompa de Falópio, ou seja, a parte que atravessa o miométrio uterino. Essa localização anatômica confere à gravidez intersticial características clínicas e prognósticas distintas, com risco elevado de ruptura tardia e hemorragia grave devido à vascularização abundante da região (STABILE et al., 2021).

A gravidez intersticial representa cerca de 2 a 4% de todas as gestações ectópicas tubárias (STABILE et al., 2021). A porção intersticial da trompa possui uma parede muscular espessa e rica em vasos sanguíneos, o que permite que a gestação se desenvolva por mais tempo antes da ruptura, geralmente entre 7 e 12 semanas. No entanto, essa mesma vascularização torna a ruptura potencialmente catastrófica, com risco aumentado de choque hemorrágico e necessidade de intervenção cirúrgica urgente.

A diferenciação entre gravidez intersticial, cornual e angular é essencial, pois cada uma possui implicações clínicas distintas. A gravidez cornual ocorre em um corno uterino rudimentar, enquanto a gravidez angular se implanta na extremidade lateral da cavidade uterina. Ambas não são consideradas ectópicas verdadeiras, ao contrário da intersticial, que ocorre fora da cavidade endometrial (STABILE et al., 2021).

O diagnóstico precoce é fundamental para evitar complicações. A ultrassonografia transvaginal é o método de imagem mais utilizado, sendo os critérios de Timor-Tritsch (1992) os mais aceitos para identificação da gravidez intersticial. Esses critérios incluem: (1) saco gestacional localizado lateralmente ao útero, (2) presença de uma fina camada miometrial. Em casos de dúvida diagnóstica, a ressonância magnética pode ser útil para diferenciar a gravidez intersticial de outras localizações ectópicas ou intrauterinas atípicas.

O tratamento da gravidez intersticial pode ser cirúrgico ou medicamentoso, dependendo da estabilidade clínica da paciente, do tamanho da gestação e da presença de atividade cardíaca fetal. Tradicionalmente, a salpingectomia ou a ressecção cornual por laparotomia ou laparoscopia eram as abordagens padrão. No entanto, técnicas minimamente invasivas têm ganhado espaço, especialmente em pacientes com desejo de preservação da fertilidade.



Stabile et al. (2021) relataram o uso combinado de metotrexato (MTX) sistêmico em múltiplas doses com uma dose única de mifepristona oral (600 mg), associado a ácido folínico, como alternativa eficaz ao tratamento cirúrgico. Essa abordagem foi bem-sucedida mesmo em pacientes com altos níveis de β -hCG (>20.000 mUI/mL) e presença de embrião viável, desde que hemodinamicamente estáveis.

A escolha entre tratamento médico e cirúrgico deve considerar fatores como idade gestacional, desejo reprodutivo, risco de ruptura e acesso a recursos especializados. Em casos de ruptura, a cirurgia de emergência é mandatória, sendo a laparotomia preferida para controle rápido do sangramento.

A gravidez intersticial apresenta risco elevado de morbidade materna, especialmente em casos de diagnóstico tardio. A preservação da fertilidade é possível com tratamento conservador bem-sucedido, mas o risco de recorrência deve ser considerado. O acompanhamento pós-tratamento inclui monitoramento dos níveis de β -hCG até negatificação e avaliação da integridade tubária por histerossalpingografia ou laparoscopia.

4.4 GRAVIDEZ EM CICATRIZ DE CESÁREA (CSP)

A gravidez ectópica não tubária é definida como a implantação do embrião fora da cavidade uterina e das trompas de Falópio, podendo ocorrer em locais como ovário, colo do útero, abdômen, corno uterino e cicatriz de cesárea. Dentre essas, a gravidez em cicatriz de cesárea (CSP – Cesarean Scar Pregnancy) tem se tornado uma das formas mais relevantes clinicamente, devido ao aumento das taxas de cesarianas e ao risco elevado de complicações graves como ruptura uterina, hemorragia maciça e perda da fertilidade (LONG et al., 2020).

A CSP ocorre quando o blastocisto se implanta no miométrio da cicatriz de uma cesariana anterior, geralmente na região ístmica anterior do útero. A incidência estimada varia entre 1:1800 a 1:2500 gestações, mas está em crescimento devido à maior vigilância ultrassonográfica e ao aumento das cesarianas primárias (LONG et al., 2020; CHONG et al., 2023).

A fisiopatologia envolve a invasão trofoblástica direta na cicatriz uterina, que pode estar mal cicatrizada ou apresentar defeitos anatômicos. Essa implantação pode evoluir para placenta accreta, ruptura uterina ou hemorragia grave, especialmente se não diagnosticada precocemente.

O diagnóstico precoce da CSP é essencial para evitar complicações. A ultrassonografia transvaginal é o método de imagem mais eficaz, com critérios diagnósticos bem estabelecidos: (1) ausência de gestação intrauterina na cavidade endometrial, (2) saco gestacional localizado na cicatriz



da cesárea, (3) miométrio entre o saco e a bexiga com espessura reduzida, e (4) fluxo vascular aumentado ao redor do saco gestacional na avaliação com Doppler (LONG et al., 2020).

A ressonância magnética pode ser utilizada em casos complexos ou quando há suspeita de invasão placentária profunda.

O tratamento da CSP depende da idade gestacional, da viabilidade embrionária, dos níveis de β -hCG e da estabilidade clínica da paciente. As opções incluem:

- **Tratamento medicamentoso:** O uso de metotrexato (MTX) sistêmico ou local tem sido eficaz em casos iniciais, especialmente quando não há atividade cardíaca embrionária. A combinação com embolização arterial uterina (EAU) pode reduzir o risco de hemorragia (LONG et al., 2020).
- **Intervenções cirúrgicas:** Em casos avançados ou com falha do tratamento clínico, pode ser necessária a excisão do saco gestacional por histeroscopia, laparoscopia ou laparotomia. A histerectomia pode ser indicada em situações de hemorragia incontrolável ou invasão placentária profunda.
- **Manejo expectante:** Raramente indicado, apenas em casos de regressão espontânea documentada e ausência de sintomas.

A revisão sistemática da Cochrane (LONG et al., 2020) identificou cinco ensaios clínicos randomizados envolvendo CSP, comparando EAU + MTX com MTX sistêmico isolado, além de técnicas de curetagem guiadas por histeroscopia ou ultrassonografia. Os resultados mostraram que a EAU combinada com MTX apresentou menor perda sanguínea, embora não tenha demonstrado superioridade significativa em taxas de sucesso ou complicações. A qualidade da evidência foi considerada baixa a muito baixa, indicando a necessidade de mais estudos robustos.

A CSP representa um desafio diagnóstico e terapêutico. O manejo inadequado pode levar à ruptura uterina precoce, hemorragia grave e necessidade de histerectomia. O diagnóstico precoce e o tratamento individualizado são fundamentais para preservar a fertilidade e evitar complicações. A padronização de desfechos clínicos, como proposta por CHONG et al. (2023), pode contribuir para melhorar a qualidade das pesquisas e orientar práticas clínicas baseadas em evidências.

No que diz respeito às abordagens cirúrgicas, Zhai et al. (2024) realizaram uma meta-análise comparando cirurgia laparoscópica (CL) e cirurgia abdominal (CA) no tratamento da gravidez ectópica. A CL demonstrou vantagens significativas em termos de menor tempo operatório, menor perda sanguínea, recuperação intestinal mais rápida, menor tempo de internação e menos



complicações. Esses achados corroboram a tendência atual de preferência pela laparoscopia em centros com recursos e expertise adequados.

Por fim, Wang e Zhang (2024) relataram um caso raro de gravidez tubária no segundo trimestre, inicialmente diagnosticada como gravidez abdominal devido à presença de hemoperitônio. A intervenção cirúrgica urgente foi essencial para o desfecho favorável, destacando a importância do diagnóstico diferencial cuidadoso e da prontidão cirúrgica em casos avançados.

Em conjunto, os estudos analisados reforçam que o manejo da gravidez ectópica não tubária deve ser individualizado, considerando a localização da gestação, estabilidade hemodinâmica da paciente, desejo reprodutivo e recursos disponíveis. A integração de métodos de imagem avançados, abordagens minimamente invasivas e protocolos terapêuticos padronizados pode melhorar significativamente os desfechos clínicos.

5 CONCLUSÃO

A gravidez ectópica, embora amplamente conhecida em sua forma tubária, apresenta variantes não tubárias que exigem atenção clínica especializada e abordagem multidisciplinar. Esta revisão sistemática destacou as principais formas raras de gravidez ectópica — retroperitoneal, esplênica, intersticial e em cicatriz de cesárea — evidenciando os desafios diagnósticos, terapêuticos e prognósticos associados a cada uma.

A gravidez retroperitoneal (REP), apesar de extremamente rara, representa risco elevado de hemorragia e requer diagnóstico por imagem avançada e, em muitos casos, intervenção cirúrgica com suporte vascular. A gravidez esplênica, por sua vez, demonstra a importância da tomografia computadorizada como ferramenta diagnóstica e da esplenorrafia como alternativa à esplenectomia em pacientes estáveis. Já a gravidez intersticial, localizada na porção miometrial da trompa de Falópio, pode ser tratada com sucesso por protocolos medicamentosos combinando metotrexato e mifepristona, desde que criteriosamente selecionados.

A gravidez em cicatriz de cesárea (CSP) tem ganhado relevância clínica devido ao aumento das taxas de cesarianas. Seu manejo exige diagnóstico precoce por ultrassonografia transvaginal e, dependendo da evolução clínica, pode ser tratado por embolização arterial uterina, metotrexato ou excisão cirúrgica. A padronização de desfechos clínicos, como proposta por Chong et al., é essencial para melhorar a qualidade das evidências e orientar condutas clínicas.



Além disso, a comparação entre cirurgia laparoscópica e laparotomia demonstrou que, quando viável, a laparoscopia oferece vantagens significativas em termos de tempo operatório, recuperação e menor taxa de complicações, reforçando sua preferência em centros com estrutura adequada.

Portanto, o reconhecimento precoce das formas não tubárias de gravidez ectópica, aliado à escolha terapêutica individualizada e baseada em evidências, é fundamental para reduzir a morbidade materna e preservar a fertilidade. A escassez de estudos robustos sobre essas variantes reforça a necessidade de mais pesquisas multicêntricas e diretrizes específicas para o manejo dessas condições.



REFERÊNCIAS

- ANTEQUERA, A. et al. Gerenciando a ruptura da gravidez ectópica esplênica sem esplenectomia: relato de caso e revisão de literatura. *Reproductive Sciences*, v. 28, p. 2323–2330, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s43032-021-00476-8>.
- CHONG, K. Y. et al. Um conjunto de resultados essenciais para o futuro da pesquisa em gravidez ectópica: um consenso internacional. *Fertility and Sterility*, v. 119, n. 5, p. 804–812, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2023.01.042>.
- HUANG, J. et al. Gravidez ectópica adjacente aos vasos ilíacos tratada com sucesso por tratamento minimamente invasivo usando injeção local de metotrexato: um caso extremamente raro e revisão da literatura. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, v. 52, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2023.102691>.
- LONG, Y. et al. Intervenções para gravidez ectópica não tubária. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 7, 2020. Art. No.: CD011174. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011174.pub2>.
- STABILE, G. et al. Gravidez ectópica intersticial: o papel da mifepristona no tratamento médico. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 9781, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18189781>.
- WANG, Z.; ZHANG, C. Ruptura da membrana fetal na gravidez tubária ectópica: relato de caso e revisão da literatura. *Medicine*, v. 103, n. 38, e39713, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000039713>.
- XU, H. et al. Tratamento multidisciplinar da gravidez ectópica retroperitoneal: relato de caso e revisão da literatura. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 22, n. 472, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04799-5>.
- ZHAI, L.; CHEN, Y.; ZHANG, S. O efeito da cirurgia laparoscópica e abdominal no tratamento da gravidez ectópica: uma revisão sistemática e meta-análise. *Frontiers in Medicine*, v. 11, 2024. DOI: <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1400970>.