

Gravidez de localização desconhecida

Carlos A. B. Montenegro¹

Flavia Cunha dos Santos²

Jorge Rezende-Filho³

Resumo: A gravidez de localização desconhecida (GLD) ocorre quando não se evidencia gravidez nem no útero nem na tuba. Pode configurar gravidez muito incipiente ou em involução, cujo exame ultrassonográfico ainda não foi capaz de localizar. A recomendação atual é a de um acompanhamento clínico com dosagens de β hCG em intervalos de 48 h caso o valor inicial tenha alcançado 2.000 a 3.000 mUI/mL e o exame de ultrassonografia transvaginal não tenha evidenciado imagem intrauterina.

Abstract: Pregnancy of unknown location (GLD) occurs when there is no evidence of pregnancy in the uterus or tuba. You can set up a very incipient or involute pregnancy whose ultrasound examination has not yet been able to locate. The current recommendation is clinical follow-up with β hCG dosages at 48 h intervals if the baseline value reached 2,000 to 3,000 mIU/mL and the transvaginal ultrasonography examination showed no intrauterine imaging.

Em 8 a 30% das mulheres com suspeita de gravidez ectópica, o exame ultrassonográfico transvaginal inicial não exhibe gravidez nem no útero nem na tuba, configurando uma gravidez de localização desconhecida (GLD). A gestação intrauterina pode não ser localizada em virtude do saco gestacional (SG) ser muito incipiente, ter colapsado, ou a gravidez tubária, muito precoce, sem hemorragia, não ser facilmente visualizada à ultrassonografia.

Kadar e colaboradores (1981) foram os primeiros a definir uma zona discriminatória para o β -hCG de 6.500 mUI/mL para assegurar a presença de um SG intrauterino pelo ultrassom transabdominal.

Connolly e colaboradores (2011), utilizando agora o ultrassom transvaginal sugerem o valor de 3.500 mUI/mL para o limite discriminatório do β -hCG.

Em caso de útero vazio com β -hCG de 2.000 a 3.000 mUI/mL, a chance de gravidez ectópica é 19 vezes maior do que a de gravidez viável intrauterina, cuja probabilidade é de apenas 2%. Se o valor do hCG for > 3.000 mUI/mL, esses números são, respectivamente, de 70 vezes e 0,5% (Doubilet *et al.*, 2013).

Enfoque mais moderno acentua que a progressão dos valores do β -hCG por um período de 48 horas seria mais fidedigna para se tomar uma decisão terapêutica.

A Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá (SOGC, 2016) avaliando pelo ultrassom as complicações do 1º trimestre da gravidez estabelece entre outras recomendações (Tabela 1) que a incapacidade de detectar um SG intrauterino pelo exame transvaginal, quando o valor do β -hCG excede a zona discriminatória de 2.000-3000 mUI/mL, indica risco aumentado de gravidez ectópica, vale dizer, GLD. Com massa anexial complexa ou anel tubário o risco é alto, enquanto que a identificação de embrião extrauterino vivo sela o diagnóstico de gravidez

¹ Professor Titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Membro Emérito da Academia Nacional de Medicina; Professor Adjunto Escola de Medicina Souza Marques; Diretor Científico do Hospital da Mulher Mariska Ribeiro

² Professora Assistente de Obstetrícia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; Médica Obstetra da maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³ Professor Titular da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Professor Livre-Docente da Universidade de São Paulo; Professor Titular da Escola de Pós Graduação Médica da PUC-RJ; Chefe do Departamento de Tocoginecologia e Professor da Escola de Medicina da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques.

tubária (Figura 1). Valores de β -hCG em uma gravidez normal crescem no mínimo 55% a cada 48h. Desvio desse número, especialmente antes de 7 semanas da gestação, é indicativo de gravidez não viável, tópica ou ectópica (Figura 2). Enquanto o caso não for esclarecido são indicadas dosagens do β -hCG/ ultrassom a cada 48 h.

Tabela 1 Avaliação pelo ultrassom de complicações do 1º trimestre da gravidez

Recomendações

1. A morte embrionária pode ser diagnosticada quando o ultrassom documenta os seguintes achados: SG intrauterino, CCN \geq 7mm, sem atividade cardíaca;
2. A gravidez anembrionada pode ser diagnosticada quando o ultrassom documenta os seguintes achados: ausência de embrião e diâmetro médio do SG \geq 25mm;
3. Em pacientes assintomáticas ou clinicamente estáveis, quando é considerada a suspeita da perda de uma gravidez precoce, um ultrassom de seguimento está indicado após 7-10 dias;
4. A incapacidade de detectar um SG intrauterino pelo ultrassom transvaginal, quando o valor do β -hCG excede a zona discriminatória de 2.0003.000 mUI/mL, indica risco aumentado de gravidez ectópica (GLD). Com massa anexial complexa ou anel tubário, a probabilidade de gravidez ectópica tubária é alta, enquanto que a identificação de embrião extrauterino vivo é diagnóstica de gravidez ectópica;
5. Valores do β -hCG em uma gravidez viável crescem no mínimo 55% a cada 48 h. Desvio desse número antes de 7 semanas é indicativo de gravidez não viável, intrauterina ou ectópica GLD, gravidez de localização desconhecida.

SOGC, 2016.

Figura 1

Diagnóstico de gravidez ectópica assintomática (SG, saco gestacional, UTV, ultrassom transvaginal) (Segundo recomendações do SOGC, 2016.)

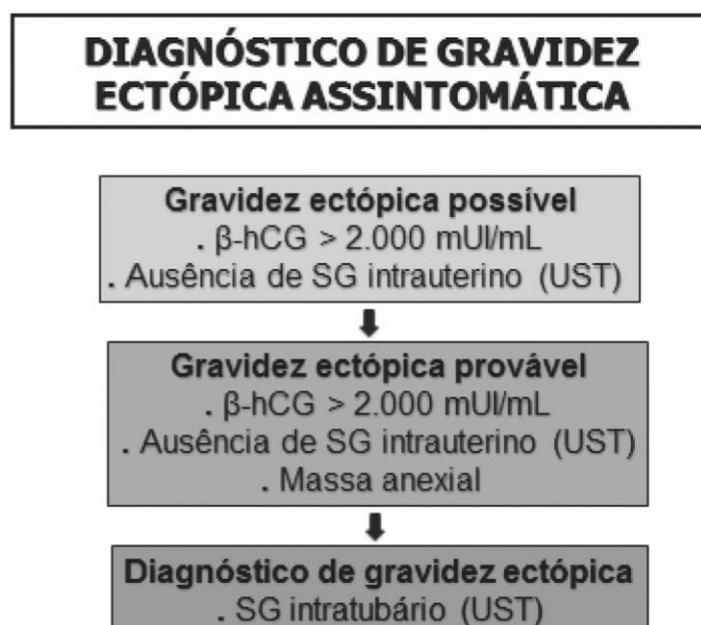
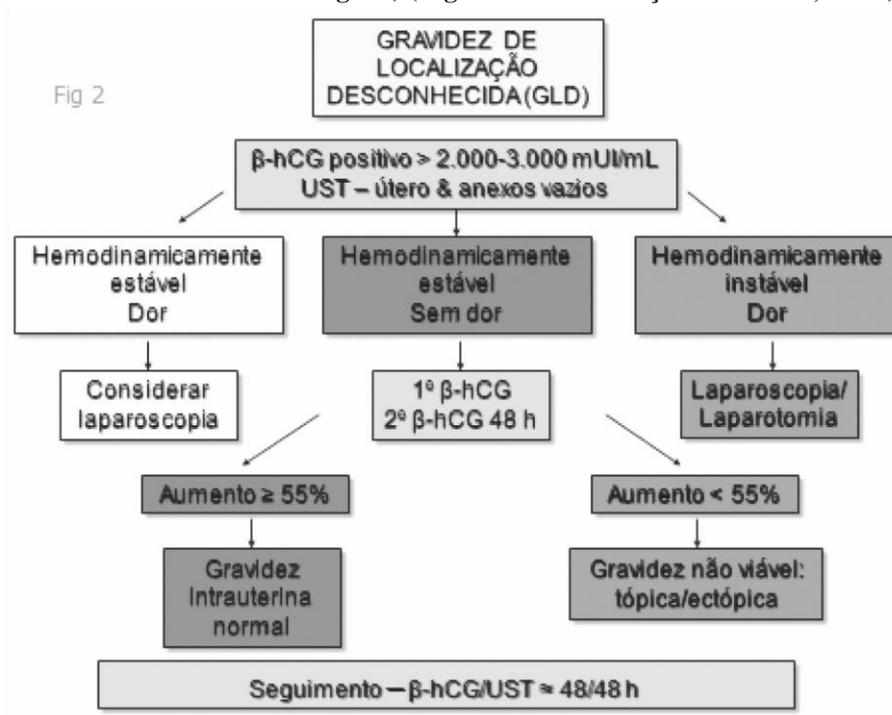


Figura 2 Diagnóstico de gravidez de localização desconhecida (GLD) (UST, ultrassom transvaginal) (Segundo recomendações do SOGC, 2016.)



Bibliografia

- CONNOLLY, A.M.; RYAN, D.H.; STUEBE, A.M.; WOLFE, H.M. **Reevaluation of discriminatory and threshold levels for serum β -hCG in early pregnancy.** *ObstetGynecol* ; 121: 65, 2013.
- DOUBILET, P.M; BENSON, C.B; BOURNE T.; BLAIVAS, M. **for the Society of Radiologists in Ultrasound. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester.** *NEJM*; 369: 1441, 2013.
- KADAR, N.; DE VORE, G.; ROMERO, R. **Discriminatory hCG zone: its use in the sonographic evaluation for ectopic pregnancy.** *ObstetGynecol*; 58: 156, 1981
- SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA. **Ultrasound evaluation of first trimester complications of pregnancy.** SOGC Clinical Practice Guideline N° 397. *J Obstet Gynaecol Can*; 38: 982, 2016.