

**Evento:** XXXIII Seminário de Iniciação Científica ▾

GRAVIDEZ ECTÓPICA RECORRENTE - RELATO DE CASO

Giovani Kopacek¹, Rafaela Scherer de Souza², Eliane Roseli Winkelman³

¹ Médico Ginecologista/Obstetra, Mestrando do Programa de Mestrado/Doutorado Associado (UNICRUZ/URI-Erechim-UNIJUI) em Atenção Integral à Saúde (PPGAIS). Concursado como Ginecologista da Prefeitura Municipal de Santa Rosa RS. E-mail: giovani.k@sou.unijui.edu.br

² Estudante do Curso de Medicina da Unijuí. E-mail: rafaela.scherer@sou.unijui.edu.br

³ Fisioterapeuta Doutora em Cardiologia e Ciências Cardiovasculares, Pós Doutorado em Fisioterapia, Líder do Grupo de Pesquisa em Estudos Epidemiológicos e Clínicos (GPEEC), Docente do Núcleo da Saúde e do Programa de Mestrado/Doutorado Associado (UNICRUZ/URI-Erechim-UNIJUI) em Atenção Integral à Saúde (PPGAIS). Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. E-mail: eliane@unijui.edu.br

INTRODUÇÃO

A gravidez ectópica é uma emergência obstétrica caracterizada pela implantação do embrião fora da cavidade uterina, sendo a tuba uterina o local mais frequentemente acometido. Estima-se que 1 a 2% de todas as gestações sejam ectópicas, representando uma das principais causas de morbimortalidade materna no primeiro trimestre. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são fundamentais para prevenir complicações graves, como ruptura tubária, hemorragia interna e infertilidade futura. Com os avanços da ultrassonografia e da dosagem de β -hCG, tornou-se possível identificar a gestação ectópica mais precocemente, melhorando os desfechos clínicos. Entretanto, variantes raras, como gravidez ectópica bilateral, heterotópica ou recorrente, apresentam desafios diagnósticos e terapêuticos adicionais.

RELATO DE CASO

Paciente R.K.H., 26 anos, apresentou sua primeira gestação ectópica na trompa direita em 2017, tratada com metotrexato, com resolução medicamentosa satisfatória. Em 2019, evoluiu com gestação intrauterina a termo, sem intercorrências.

Em janeiro de 2025, a paciente apresentou gestação ectópica à esquerda, com ultrassonografia mostrando massa tubária medindo $5,6 \times 4,2 \times 3,9$ cm (48 cm^3) e níveis de



β -hCG de 136,6 mUI/mL, evoluindo com declínio espontâneo da massa e dos níveis de β -hCG, sem necessidade de tratamento convencional.

Em junho de 2025, a paciente deu entrada no hospital com gravidez ectópica rota no lado direito, sendo submetida à laparotomia com exérese da trompa direita. Durante o procedimento, foi evidenciada massa residual na trompa esquerda, correspondente à gestação ectópica anterior, que também foi retirada, sem possibilidade de preservação tubária.

Trata-se, portanto, de um estudo tipo relato de caso com o objetivo de relatar uma paciente com três gestações ectópicas, destacando a raridade e complexidade do caso, bem como os desafios no manejo cirúrgico e preservação da fertilidade.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso clínico de paciente atendida no Hospital Vida e Saúde, em Santa Rosa/RS, no setor de obstetrícia, com diagnóstico de gravidez ectópica. As informações foram obtidas por meio de análise retrospectiva do prontuário médico, exames laboratoriais, imagens diagnósticas e registros cirúrgicos. O relato seguiu as diretrizes CARE (Case Report Guidelines), garantindo uma apresentação estruturada e ética. A paciente foi informada sobre a publicação e consentiu com o uso dos dados de forma anônima, com autorização assinada.

Os critérios de diagnóstico clínico e laboratorial foram baseados em diretrizes atualizadas de manejo da gravidez ectópica, sendo o diagnóstico definitivo confirmado durante o procedimento cirúrgico.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

A gravidez ectópica recorrente (GER) representa um desafio clínico importante, com repercussões diretas sobre a fertilidade e o risco de complicações graves. A ocorrência de uma segunda gestação ectópica após um episódio prévio é estimada entre 10 e 15%, enquanto o risco de uma terceira gestação ectópica pode superar 25%. Casos de três ou mais gestações ectópicas são raros, mas documentados, configurando um subgrupo de alto risco que requer acompanhamento especializado e individualizado.



Diversos fatores contribuem para a recorrência, incluindo alterações anatômicas e funcionais das tubas, histórico de doença inflamatória pélvica, cirurgias tubárias prévias, cesarianas ou curetagens, endometriose, tabagismo, gravidez ectópica prévia tratada de forma conservadora e uso de técnicas de reprodução assistida. Alterações bilaterais detectadas por histerossalpingografia ou laparoscopia aumentam significativamente o risco de novas recorrências.

O diagnóstico precoce em gestações subsequentes é essencial. A monitorização seriada de β -hCG associada à ultrassonografia transvaginal permite identificar precocemente a gestação ectópica, reduzindo o risco de ruptura tubária e permitindo intervenções terapêuticas mais seguras. Pacientes com histórico de GER constituem um subgrupo clínico distinto: tendem a ser mais velhas, apresentam gestação com menos semanas no momento do diagnóstico, níveis de β -hCG mais baixos e menor volume de hemoperitônio, além de maior frequência de patologia contralateral.

O manejo da GER deve ser individualizado, considerando o estado clínico, localização da gestação e desejo reprodutivo. Opções terapêuticas incluem tratamento medicamentoso com metotrexato, cirurgia conservadora (salpingostomia) ou salpingectomia. Estudos indicam que a abordagem cirúrgica com salpingectomia reduz significativamente o risco de recorrência em comparação ao manejo conservador, embora seja fundamental avaliar a condição da tuba contralateral antes de optar pela remoção completa.

O prognóstico reprodutivo após múltiplas gestações ectópicas é variável. Após duas ectópicas, a taxa de gestação intrauterina pode chegar a 50%, enquanto após três episódios, esta taxa diminui para menos de 20%, e a probabilidade de nova ectópica pode exceder 30%. Em situações de dano tubário bilateral, a fertilização in vitro surge como alternativa segura, eliminando o risco de gravidez ectópica.

No caso descrito, a paciente apresentou três gestações ectópicas: a primeira na trompa direita, tratada com metotrexato; a segunda na trompa esquerda, com resolução espontânea mas persistência de massa anexial; e a terceira, novamente na trompa direita, evoluindo com ruptura e necessidade de salpingectomia, evidenciando a presença de massa residual na trompa contralateral. Este relato corrobora a literatura, demonstrando que



alterações anatômicas nos anexos aumentam a suscetibilidade à recorrência e reforça a necessidade de abordagem ativa, seja clínica ou cirúrgica, especialmente em recorrências ipsilaterais, para reduzir riscos futuros e preservar a fertilidade quando possível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez ectópica recorrente representa uma condição complexa, com alto risco para a saúde materna e repercussões importantes na fertilidade futura. Exige abordagem individualizada, acompanhamento multidisciplinar e orientação detalhada à paciente sobre riscos, opções terapêuticas e alternativas reprodutivas, incluindo técnicas de reprodução assistida quando indicado.

O manejo adequado deve priorizar a preservação da vida, como demonstrado neste caso, mas também considerar a preservação da função tubária e a possibilidade de gestações futuras. Relatos como este reforçam a necessidade de vigilância rigorosa em pacientes com histórico de gravidez ectópica, planejamento cuidadoso do tratamento e abordagem ativa em casos de recorrência, a fim de minimizar complicações e otimizar desfechos reprodutivos.

Palavras-chave: gravidez ectópica recorrente. trompa uterina. manejo cirúrgico. fertilidade. diagnóstico precoce.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADELUSI, B.; AL-MESHARI, A.; AKANDE, E. O.; CHOWDHURY, N. Três gestações ectópicas recorrentes consecutivas. PMID: 8181445.

BOUYSSIÉ, M. et al. Risk factors for repeat ectopic pregnancy: a case-control study. *Fertility and Sterility*, New York, v. 100, n. 3, p. 602–606, 2013.

CHUNG, Y. J. et al. Impact of treatment modality for first ectopic pregnancy on the risk of recurrent ectopic pregnancy: a population-based cohort study. *BJOG*, Oxford, v. 128, n. 4, p. 687–695, 2021.

HAFNER, T. et al. Risk factors for recurrent ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility*, New York, v. 89, n. 3, p. 595–600, 2008.

HURRELL, Alice; REEBA, Oliver; ODEJINMI, Funlayo. Gravidez ectópica recorrente como um subgrupo clínico único: um estudo de caso-controle. *SpringerPlus*, v. 5, p. 1798, 2016. DOI: 10.1186/s40064-016-1798-0.



KARAVANI, Gilad; GUTMAN-IDO, Einat; HERZBERG, Shmuel; CHILL, Henry H; COHEN, Adiel; DIOR, Uri P. Manejo da gravidez ectópica tubária recorrente e o risco de uma terceira gravidez ectópica. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2020. DOI: 10.1016/j.jmig.2020.12.005.

KIRSHON, B. et al. Ectopic pregnancy: diagnosis and management. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, Philadelphia, v. 18, n. 3, p. 521–538, 1991.

MOINI, A. et al. Recurrent ectopic pregnancy at the ipsilateral tubal stump following total salpingectomy: Case report and review of literature. *Case Reports in Women's Health*, Amsterdam, v. 25, p. 100433, 2020.

TAYLOR, K. H.; ROMERO, R. Pregnancy in the Fallopian Tube. In: GABBE, S. G. et al. *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*. 7. ed. Philadelphia: Elsevier, 2016. p. 258–270.

TSE, W. Y. et al. Management of recurrent ectopic pregnancies. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Tokyo, v. 46, n. 3, p. 289–292, 1994.