



ERRATA*

O Conselho Editorial constatou um erro na Revista Arquivos de Medicina de Abril/Junho de 2010; 39 (2): 37-42, no artigo “Tratamento conservador da prenhez ectópica com metotrexato”.

Verificou-se que foram excluídos erroneamente os nomes de dois autores do artigo.

Onde se lê: Tratamento conservador da prenhez ectópica com metotrexato. Carlito Moreira Filho.

Leia-se: Tratamento conservador da prenhez ectópica com metotrexato. Carlito Moreira Filho, Almir Antonio Urbanetz, Jean Carl Silva.

*A Errata foi publicada na Revista Arquivos 2010 out- dez; 39(4):1-1. Para visualizá-la acesse:
<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/920.pdf>

ARTIGO ORIGINAL

Tratamento conservador da Prenhez Ectópica com metotrexatoCarlito Moreira Filho¹**Resumo**

Introdução: O tratamento conservador da prenhez ectópica com metotrexato intramuscular tem se mostrado como alternativa válida à cirurgia, por valorizar o futuro reprodutivo com menor risco cirúrgico e anestésico.

Objetivo: Avaliar o índice de sucesso do tratamento da prenhez ectópica íntegra com uma ou mais doses de metotrexato.

Sujeitos e Métodos: Foram selecionadas 83 mulheres com diagnóstico de prenhez ectópica, no período de 2.000 a 2006, na Maternidade Darcy Vargas, cidade de Joinville, Santa Catarina. As pacientes deveriam estar hemodinamicamente estáveis, com concentrações séricas iniciais de gonadotrofina coriônica humana inferiores à 10.000 mUI/ml, diâmetro da massa anexial inferior a 5cm, sem presença de embrião vivo, sem evidência de doença hepática, renal ou hematológica e tratadas com metotrexato. Uma paciente foi excluída do estudo por apresentar sinais de rotura tubária nas primeiras 24 horas da utilização do medicamento. Foi considerado sucesso, a resolução clínica do quadro.

Resultados: Nas 82 pacientes submetidas ao tratamento com metotrexato, o índice de sucesso foi de 80,5% (66 casos) com utilização de dose única e 86,6% (71 casos) com segunda dose. A falha ao tratamento foi observada em 11 pacientes tratadas (13,4%). O tratamento com metotrexato foi eficaz em 59 (93,7%) pacientes, com concentração de gonadotrofina coriônica humana inicial inferior a 5.000 mUI/ml ($p < 0,02$).

Conclusão: O metotrexato é eficaz no tratamento da prenhez ectópica em 80,5% dos casos tratados com única dose e 86,6% com emprego de uma segunda dose.

Descritores: 1. Prenhez ectópica;

2. Gonadotrofina coriônica;
3. Metotrexato.

Abstract

Introduction: The conservative management of ectopic pregnancy (EP) with intramuscular administration of methotrexate (MTX IM) has shown to be an alternative to surgery, as not only does it have a positive impact on future reproductive conditions but it also offers lower anesthetic and surgical risk.

Objective: To assess the success rate of management of ectopic pregnancy with one or more full doses of methotrexate.

Patients and Methods: Eighty-two women diagnosed with EP who presented at the Darcy Vargas Maternity Hospital in the city of Joinville, Santa Catarina from 2000 to 2006, participated in the study. Patients selected were hemodynamically stable with initial serum β -hCG concentrations lower than 10.000 mUI/ml, diameter of adnexal mass less than 5 cm, non-living embryo, with no evidence of renal or hematologic disease and were treated with MTX. One patient was excluded from the study for presenting signs of tubal rupture 24 hours after administration of MTX. Successful outcome was defined as the clinical resolution of the condition.

Results: Success rate in the 82 patients treated with MTX IM in this study was 80.5% (66 cases) after the first dose and 86.6% (71 cases) after the second dose.

1-Professor da UNIVILLE, mestre em Medicina Interna UFPPr

Treatment failure was observed in 11 patients (13.4%). Treatment with methotrexate was effective in 59 (93.7%) patients, with initial serum β -hCG concentrations lower than 5.000 mUI/ml ($p < 0.02$).

Conclusion: Methotrexate is effective for the treatment of ectopic pregnancies in 80.5% of cases treated with a single dose and in 86.6% of cases treated with a second dose of methotrexate.

Keywords: 1. Pregnancy-ectopic;
2. Chorionic Gonadotropin;
3. Methotrexate.

Introdução

A primeira referência de gravidez ectópica (PE) surge nos escritos do famoso médico árabe Albucasis, na época considerada apenas como doença fatal (936-1013). Com a revolução tecnológica no último século, três novos métodos diagnósticos como ultrassonografia transvaginal (USTV), laparoscopia e dosagem da fração beta do hormônio gonadotrofina coriônica humana (β -hCG) vieram provocar um impacto importante não só na melhoria do diagnóstico, como também no prognóstico da doença.(1)

As primeiras abordagens cirúrgicas consistiam na ressecção completa da trompa afetada para controle da hemorragia, pois o diagnóstico na maioria das vezes era tardio após a ruptura da trompa.(1) A tendência cirúrgica foi de manter a mesma capacidade de prevenir mortes, mas facilitado o rápido retorno das pacientes às suas atividades, preservando a fertilidade e reduzindo custos. Quando então a laparoscopia veio a tomar o lugar da laparotomia, ficando esta última indicada nos casos de dificuldade de ter-se disponível o aparelho de laparoscopia, falta de treinamento do cirurgião em laparoscopia, ou em pacientes hemodinamicamente instáveis.(2)

Além dessa nova abordagem cirúrgica, outras possibilidades terapêuticas visando à diminuição dos riscos cirúrgicos e anestésicos vieram a ser investigados. Várias drogas além do metotrexato (MTX) têm sido estudadas para tratamento da PE, mas o MTX foi a primeira droga a ser utilizada com tal propósito, por interferir na síntese do DNA e na multiplicação celular.(3)

O primeiro tratamento da PE com sucesso usando o MTX sistêmico, foi em um quadro de gravidez abdominal.(4) Posteriormente, um estudo foi desenvolvido com a utilização de MTX em "Dose Única" intramuscular

(IM) 50 mg/m² área corporal.(5)

Em 1993, no Brasil, um estudo empregou o MTX intra-saco gestacional guiado por USTV.(6) Já em 1996, outro estudo apresentou a primeira série com 32 pacientes tratadas com MTX em dose única, com índice de sucesso em 75% dos casos.(7)

Com o propósito de avaliar em nosso meio, as frequências do sucesso do tratamento da PE, com uma ou mais doses de MTX, foi o objetivo deste estudo.

Métodos

Trata-se de estudo analítico do tipo coorte e prospectivo em que foram avaliadas 83 mulheres com diagnóstico de PE íntegra, atendidas na Maternidade Darcy Vargas, em Joinville, no período de março de 2000 a novembro de 2006 as quais foram convidadas a participar desta pesquisa.

Adotaram-se como critérios de inclusão: paciente com estabilidade hemodinâmica, β -hCG inicial inferior ou igual a 10.000mUI/ml, incremento da dosagem β -hCG de pelo menos 15% nas 24 horas que antecederam o tratamento, creatinina sérica < 1,5 mg/dl, aminotransferase sérica < 40 IU/dl, contagem glóbulos brancos > 3000 cels/cm³, contagem plaquetas > 100.000/cm³, massa anexial inferior ou igual a 5 centímetros no maior diâmetro, ausência de atividade cardíaca fetal, fertilidade futura desejada, sem reconhecida sensibilidade ao MTX e concordar em participar na pesquisa após informação completa sobre as alternativas de tratamento, seus riscos e benefícios, de acordo ao termo de consentimento livre.

Foram excluídas as pacientes: por desejo próprio, sinais de intolerância ao MTX quando necessário segunda dose, necessidade de complementação cirúrgica no período inferior a 24 horas.

Obedecendo à Resolução CNS n. 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos), a pesquisa teve aprovação pelo comitê de ética e pesquisa (Ofício nº 465/08), sendo que nenhum dos autores possui qualquer vínculo ou relação com as empresas produtoras de equipamento, assim como concorrentes, não recebendo qualquer tipo de auxílio.

A definição do tamanho da amostra foi baseada no teste de hipótese para uma proporção, de forma a comparar a proporção observada de sucesso ao uso do MTX no tratamento da PE em relação àquela observada na literatura (90,0%) em um teste monocaudal. Desta forma definiu-se uma amostra de, no mínimo, 69 casos para garantir um poder do teste de 80% e nível de significância de 5%.

As variáveis independentes foram: concentração sérica do β -hCG no dia do uso do MTX, diâmetro da massa anexial à USTV no diagnóstico da PE íntegra, quanti-

dade de líquido livre na cavidade peritoneal avaliado à ultrassonografia no diagnóstico PE. As variáveis dependentes foram: falha no tratamento devido à necessidade de complementação cirúrgica, falha no tratamento devido à não ocorrência de queda na dosagem sérica do β -hCG, presença de efeitos colaterais.

Foi realizada análise de frequências e aplicado o Teste de Kruskal-Wallis para avaliar a diferença das médias das variáveis numéricas contínuas e Teste de Qui-quadrado ou Teste Exato de Fischer para as variáveis categóricas, considerando-se o nível de significância de 5%.

Para o tratamento foi utilizado o MTX com dose de 50 mg/m² área corporal, calculada de acordo com o peso e a altura da paciente.(8)

Foram consideradas falhas no tratamento com necessidade de complementação cirúrgica as situações em que ocorreu a suspeita de rotura tubária, ou seja, dor com sinais de irritação peritoneal e/ou presença de líquido na cavidade abdominal fora da cavidade pélvica, visualizado ao exame de USTV, queda nos níveis de hematócrito, causando instabilidade hemodinâmica ou a não ocorrência de queda, de pelo menos, 15% na concentração sérica do β -hCG quando comparados o terceiro e sétimo dia após o uso do MTX.

Para confirmação diagnóstica da PE foi feita a dosagem sérica do β -hCG foi realizada por Enzimaimunoensaio em Dispersão de Micropartículas Sólidas (MEIA) (Abbott AXSYM system), com valores expressos em mUI/ml segundo o Terceiro Padrão Internacional (TPI) ou Padrão de Referência Internacional (PRI). Com β -hCG acima da Zona Discriminatória, ou seja, superior a 2.000mUI/ml e USTV, não visibilizando gestação intra-uterina, estávamos frente ao quadro de PE conforme protocolo diagnóstico proposto.(5) A USTV foi realizada por médico contratado da Maternidade Darcy Vargas, fazendo uso de equipamento Logic 400.

Foi solicitado β -hCG quantitativo no terceiro e sétimo dias após o uso do medicamento e este não apresentando queda maior ou igual a 15% na concentração sérica do β -hCG no sétimo dia, comparativamente aos valores encontrados no terceiro dia, indicamos uma segunda dose do MTX com toda sistematização anterior.

Nas pacientes com sucesso inicial na terapêutica foi realizado acompanhamento clínico semanal, com titulação do β -hCG até que este apresentasse níveis abaixo de 20 mIU/ml, considerado então negativo. Após a negatização do β -hCG foi realizada USTV quinzenal até o desaparecimento da massa anexial.

Resultados

No período de março de 2000 a novembro de 2006, foram atendidas 83 mulheres na Maternidade Darcy

Vargas, na cidade de Joinville, Santa Catarina. As mesmas tinham diagnóstico de PE e cumpriam as condições para tratamento conservador com MTX. Uma paciente foi excluída do estudo por apresentar necessidade de complementação cirúrgica no período inferior às 24 horas.

A amostra de 82 pacientes era composta de mulheres com idade média de 27,8 \pm 5,1 anos, com 6,4 \pm 1,2 semanas de amenorréia, sendo que 21 (25,6%) tinham abortos anteriores e 22 eram nulíparas. Das 14 pacientes as quais já haviam apresentado PE prévia, 13 submetem-se à laparotomia e uma, ao tratamento com MTX, 16 (19,5%) apresentavam histórico de cirurgia tubária, das quais 13 com tratamento da PE; duas pacientes já haviam se submetido à laqueadura tubária e uma à laparotomia para liberação de aderências tubárias.

Quanto à sintomatologia presente no momento da seleção dos casos a dor abdominal (82,9%) foi o mais freqüente, seguidos do sangramento vaginal (74,4%) e atraso menstrual (68,3%).

O índice de sucesso do tratamento com MTX foi de 80,5% (66 casos) à primeira dose e 86,6% (71 casos) à segunda dose. A falha ao tratamento foi observada em 11 pacientes tratadas (13,4%).

Na tabela 1 encontram-se descritas as características gerais da amostra, sintomatologia exames complementares relacionados com sucesso ou não em seus tratamentos.

Onze (13,4%) pacientes apresentaram efeitos colaterais leves como náusea, vômito e diarreia e em tres (3,6%) que foram submetidas à cirurgia houve a necessidade de transfusão sanguínea.

Discussão

Nesta avaliação confirma-se localmente o registrado na literatura internacional e nacional, ou seja, que o tratamento da PE íntegra com o uso do MTX tem sido uma ótima opção, principalmente quando os níveis de gonadotrofina coriônica encontra-se em níveis inferiores a 5.000 mUI/ml. Estudos que analisam o sucesso deste tratamento são objeto de múltiplas publicações, embora este ainda não seja rotina na maioria dos serviços do País, o que indica a necessidade da contínua avaliação de seus resultados além de uma maior precisão possível quanto aos fatores que irão influenciar no prognóstico.

Na avaliação das características da amostra a idade das pacientes, antecedentes obstétricos e idade gestacional média no momento do diagnóstico foram similares ao encontrado na literatura e não influenciaram os resultados.(9-12) A presença de um fator de risco na gênese da PE que altere a função mecânica ou funcional da trompa pode ser a responsável pela recorrência dessa

patologia. Foram observados 14 (17,1%) casos de PE anterior, um número superior ao encontrado em outras análises. Apesar de PE anterior se relacionar com a recorrência dessa patologia, a sua presença não interferiu no sucesso ou não do tratamento nesta análise, realizada de acordo com avaliações de outros estudos.(10,12) Dentre os sintomas a dor em andar inferior do abdômen foi o mais comum, dados semelhantes são descritos na literatura.(12, 13)

Em virtude do avanço no diagnóstico precoce da PE, houve recentemente, grande mudança em relação ao tratamento desta enfermidade. Até pouco tempo o único objetivo do tratamento era assegurar a vida da mãe por meio da laparotomia, hemostasia e retirada da prenhez ectópica. Atualmente, com o avanço diagnóstico e o melhor conhecimento no desenvolvimento desta patologia, pode-se oferecer uma conduta mais conservadora. Em casos selecionados o tratamento com MTX apresenta vantagens em relação à conduta cirúrgica, como manutenção da função reprodutiva, menores riscos cirúrgicos e anestésicos e redução no tempo de hospitalização com menor custo ao sistema de saúde.(3) Neste estudo o resultado do tratamento da PE íntegra com MTX em dose única mostrou-se efetivo, com um sucesso de 86,6% nos casos tratados. Este índice de sucesso foi similar ao relatado pela literatura que apresenta uma variação de 72,7% a 96,7%.(9, 10, 12, 14-19)

Em alguns estudos têm-se erroneamente utilizada a designação “dose única” de MTX apesar da utilização de doses adicionais do medicamento, no intuito de incrementar os resultados. Ele difere do regime “multidose”, no qual o medicamento é utilizado em dias alternados com o ácido fólico, regime que apresenta maior frequência de efeitos colaterais, além de ser mais dispendioso.(20,21) Quando utilizada uma nova dose do MTX é feito com mesma sistemática da dose inicial. Neste estudo foi utilizado uma segunda dose do medicamento em cinco (7%) pacientes. A necessidade de duas ou mais doses do MTX variam de 6% a 30% de pacientes nos estudos avaliados.(9, 12, 14-19, 22, 23)

Com o objetivo de se reduzir as falhas com uso do MTX, conseqüente sangramento intra-abdominal e também possibilidade de morte, procura-se esclarecer quais os mais efetivos fatores prognóstico que irão influenciar os resultados, esclarecendo quais as candidatas mais adequadas. Na avaliação dos exames complementares o mais estudado fator prognóstico do resultado do tratamento com MTX tem sido a concentração sérica do β -hCG, por estar associado a um conceito ectópico que ainda encontra-se desenvolvendo, crescendo e relacionado diretamente com o estágio evolutivo da gestação.(9,10,14) Ao analisar separadamente os resultados com concentrações séricas de β -hCG inferiores e superiores que 5000

mUI/ml, os resultados foram 93,7% e 63,2% de sucesso respectivamente. Resultados semelhantes estão publicados mostrando índices de sucesso que variam de 95% a 82%, quando os valores de β -hCG foram inferiores que 5.000 mUI/ml, e variando de 44% a 81%, com valores superiores.(14,24-26) Os outros parâmetros avaliados neste estudo foi a medida diâmetro médio ultrassonográfico da massa anexial que não interferiu com o índice de sucesso ou falha do tratamento com MTX. A presença de líquido livre na cavidade peritoneal, pressupondo-se sangue, esteve presente em 70% dos casos e sua presença ou quantidade não interferiram nos resultados, da mesma forma que o observado na literatura.(9, 10, 14, 27-29)

O uso do regime “dose múltipla” do MTX tem sido associado a uma variedade de efeitos colaterais mais severos e freqüentes como: depressão de medula óssea resultando em anemia, leucopenia, trombocitopenia, estomatite ulcerativa, náuseas, vômitos, diarreia, alopecia, foto sensibilidade, necrose hepática, enterite hemorrágica e morte por perfuração intestinal. Já no regime “dose única” os sintomas costumam ser mais brandos, como náuseas, vômitos, diarreia, estomatites, desidratação, alopecia e fadiga. Nessa série foram observados 11 casos de sintomas leves incluindo apenas náuseas, vômitos e diarreia.(3, 21)

Os resultados do estudo confirmam que, na presença de PE íntegra, o tratamento com MTX tem se mostrado muito eficaz e deve servir para encorajar os colegas a oferecerem esta alternativa às suas pacientes. Os dados também ajudam a confirmar que devemos valorizar as concentrações séricas de β -hCG, pois ela se encontram diretamente ligada ao sucesso do tratamento. Além disso, nossos resultados permitem recomendar que não se deixe de indicar o tratamento com MTX na PE baseado apenas no diâmetro da massa anexial ou na presença de líquido livre na cavidade peritoneal.

A conclusão do estudo mostrou que o metotrexato é eficaz no tratamento da prenhez ectópica em 80,5% dos casos tratados com única dose e 86,6% com emprego de uma segunda dose.

Referências bibliográficas:

1. Lurie S. The history of the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy: a medical adventure. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1992 Jan 9;43(1):1-7.
2. Agdi M, Tulandi T. Surgical treatment of ectopic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009 Feb 19.
3. Parker J, Bisits A, Proietto AM. A systematic review of single-dose intramuscular methotrexate for the treatment of ectopic pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1998 May;38(2):145-50.

4. Lathrop JC, Bowles GE. Methotrexate in abdominal pregnancy. Report of a case. *Obstet Gynecol.* 1968 Jul;32(1):81-5.
5. Stovall TG, Ling FW. Single-dose methotrexate: an expanded clinical trial. *Am J Obstet Gynecol.* 1993 Jun;168(6 Pt 1):1759-62; discussion 1762-5.
6. Vaintraub MT, Lima RSBC, Pettersen HN, Almeida Júnior WJ, Silva HMS, Caetano JPJ. Tratamento da gravidez tubária íntegra com metotrexate intra-amniótico por controle ultrasonográfico: relato de um caso. *J bras ginecol.* 1993 mar;103(3):89-91.
7. Elito Junior J, Uchiyama M, Camano L. O metotrexato no tratamento sistêmico da prenhez ectópica íntegra. *Rev bras ginecol obstet.* 1996 ago;18(7):537-41.
8. Kouno T, Katsumata N, Mukai H, Ando M, Watanabe T. Standardization of the body surface area (BSA) formula to calculate the dose of anticancer agents in Japan. *Jpn J Clin Oncol.* 2003 Jun;33(6):309-13.
9. Gamzu R, Almog B, Levin Y, Avni A, Jaffa A, Lessing JB, et al. Efficacy of methotrexate treatment in extrauterine pregnancies defined by stable or increasing human chorionic gonadotropin concentrations. *Fertil Steril.* 2002 Apr;77(4):761-5.
10. Nazac A, Gervaise A, Bouyer J, Tayrac R, Capella-Allouc S, Fernandez H. Predictors of success in methotrexate treatment of women with unruptured tubal pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2003 Feb;21(2):181-5.
11. Lipscomb GH, Givens VM, Meyer NL, Bran D. Comparison of multidose and single-dose methotrexate protocols for the treatment of ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Jun;192(6):1844-7; discussion 1847-8.
12. Dilbaz S, Caliskan E, Dilbaz B, Degirmenci O, Haberal A. Predictors of methotrexate treatment failure in ectopic pregnancy. *J Reprod Med.* 2006 Feb;51(2):87-93.
13. Bittar RE, Pereira PP, Liao AW. Gravidez ectópica. In: Zugaib M, Org. *Zugaib Obstetrícia.* Barueri: Manole; 2008;1, p. 549-66.
14. Lipscomb GH, McCord ML, Stovall TG, Huff G, Portera SG, Ling FW. Predictors of success of methotrexate treatment in women with tubal ectopic pregnancies. *N Engl J Med.* 1999 Dec 23;341(26):1974-8.
15. Nowak-Markwitz E, Michalak M, Olejnik M, Spaczynski M. Cutoff value of human chorionic gonadotropin in relation to the number of methotrexate cycles in the successful treatment of ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 2008 Oct 11.
16. Cassik P, Ofili-Yebovi D, Yazbek J, Lee C, Elson J, Jurkovic D. Factors influencing the success of conservative treatment of interstitial pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005 Sep;26(3):279-82.
17. Cho GJ, Lee SH, Shin JW, Lee NW, Kim T, Kim HJ, et al. Predictors of success of repeated injections of single-dose methotrexate regimen for tubal ectopic pregnancy. *J Korean Med Sci.* 2006 Feb;21(1):86-9.
18. Soliman KB, Saleh NM, Omran AA. Safety and efficacy of systemic methotrexate in the treatment of unruptured tubal pregnancy. *Saudi Med J.* 2006 Jul;27(7):1005-10.
19. Da Costa SR, Elito Jr J, Camano L. Increment in beta-hCG in the 48-h period prior to treatment: a new variable predictive of therapeutic success in the treatment of ectopic pregnancy with methotrexate. *Arch Gynecol Obstet.* 2008 Oct;278(4):319-24.
20. Barnhart KT, Gosman G, Ashby R, Sammel M. The medical management of ectopic pregnancy: a meta-analysis comparing "single dose" and "multidose" regimens. *Obstet Gynecol.* 2003 Apr;101(4):778-84.
21. Barnhart K, Hummel AC, Sammel MD, Menon S, Jain J, Chakhtoura N. Use of "2-dose" regimen of methotrexate to treat ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 2007 Feb;87(2):250-6.
22. Tawfiq A, Agameya AF, Claman P. Predictors of treatment failure for ectopic pregnancy treated with single-dose methotrexate. *Fertil Steril.* 2000 Nov;74(5):877-80.
23. Potter MB, Lepine LA, Jamieson DJ. Predictors of success with methotrexate treatment of tubal ectopic pregnancy at Grady Memorial Hospital. *Am J Obstet Gynecol.* 2003 May;188(5):1192-94.
24. Stika CS, Anderson L, Frederiksen MC. Single-dose methotrexate for the treatment of ectopic pregnancy: Northwestern Memorial Hospital three-year experience. *Am J Obstet Gynecol.* 1996 Jun;174(6):1840-6; discussion 1846-8.
25. Elito Junior J, Montenegro NA, Soares Rda C, Camano L. Unruptured ectopic pregnancy: diagnosis and treatment. State of art. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008 Mar;30(3):149-59.
26. Menon S, Colins J, Barnhart KT. Establishing a human chorionic gonadotropin cutoff to guide methotrexate treatment of ectopic pregnancy: a systematic review. *Fertil Steril.* 2007 Mar;87(3):481-4.
27. Nyberg DA, Hughes MP, Mack LA, Wang KY. Extrauterine findings of ectopic pregnancy of transvaginal US: importance of echogenic fluid. *Radiology.* 1991 Mar;178(3):823-6.
28. El-Lamie Ik, Shehata NA, Kamel HA. Intramuscular methotrexate for tubal pregnancy. *J Reprod Med.* 2002 Feb;47(2):144-50.
29. Bignardi T, Condous G. Does tubal ectopic pregnancy with hemoperitoneum always require surgery? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009 Jun;33(6):711-5.

Tabela 1 – Desfechos secundários avaliados em 82 pacientes portadoras de Prenhez Ectópica, 2008.

	Sucesso N= (%)	Falha N= (%)	P
Características da amostra			
Idade >30 anos	28 (87,5)	4 (12,5)	0,562*
Gestação prévia	58 (87,9)	8 (12,1)	0,365*
Parto prévio	53 (88,3)	7 (11,7)	0,332*
Prenhez ectópica prévia	11 (78,6)	3 (21,4)	0,280*
Cirurgia tubária prévia	13 (81,3)	3 (18,7)	0,365*
Sinais e sintomas			
Dor abdominal	57 (83,8)	11 (16,2)	0,109*
Amenorréia	48 (85,7)	8 (14,3)	0,516*
Sangramento vaginal	53 (86,9)	8 (13,1)	0,575*
Exames complementares			
Níveis de β -hCG <5000(mU/ml)	59 (93,7)	4 (6,3)	0,002*
Líquido peritoneal ausente	21 (87,5)	3 (12,5)	0,883*
Diâmetro da massa > 30mm	36 (83,7)	7 (16,3)	0,424*

FONTE: Serviço de Obstetrícia da Maternidade Darcy Vargas

* Teste Exato de Fischer

+ Teste do Qui-quadrado

Figura 1- Ultrassonografia mostrando cavidade uterina vazia, pequena quantidade de líquido livre no fundo de saco posterior ao útero e anexo direito com o saco gestacional ectópico.

**Endereço para correspondência:**

Carlito Moreira Filho

Rua: Marechal Deodoro, 84

Joinville - SC

CEP: 89204-030

E-mail: dr.moreira@clinicavita.com.br