

COMO ACONTECE A GRAVIDEZ ECTÓPICA TUBÁRIA

Artiana Cristina Silva¹; Taynara Oliveira Alves¹; Vera Alice Peixe².

1- Discentes do curso de graduação em biomedicina. | 2- Docente do curso de graduação em biomedicina.

A gravidez ectópica tubária é definida pela implantação e pelo desenvolvimento do conceito na tuba uterina; é a principal causa de morte materna no primeiro trimestre da gestação. É uma forma rara que está associada a uma morbidade importante, principalmente por comprometer a fertilidade. Na vigência de atraso menstrual, sangramento genital e/ou dor abdominal são indicadores de risco para gravidez ectópica tubária. A incidência dessa entidade parece estar aumentando, parcialmente devido a novas formas de reprodução assistida e também devido à disseminação de infecções genitais, principalmente por gonococo e clamídia. Devido aos riscos de hemorragia de difícil controle durante o tratamento, foram desenvolvidos métodos não invasivos utilizando-se principalmente o metotrexato. Atualmente as técnicas cirúrgicas (ligadura de artérias hipogástricas, histerectomia, histeroscopia e curetagem) são aplicadas só quando a quimioterapia falha ou em situações de emergência, quando a mulher, geralmente não diagnosticada, apresenta-se com hemorragia aguda e risco de vida. Conhecer os processos, causas e consequências da gravidez ectópica tubária e seus índices de morbidade.. Apresentar os índices de morbidade. Revisão bibliográfica; O blastocisto fica por cerca de dois dias flutuando no útero, enquanto ocorre a degeneração total da zona pelúcida, e enquanto isto se nutre das secreções das glândulas uterinas. Aproximadamente após 6 dias da fecundação, o blastocisto inicia a implantação no epitélio endometrial, evento este conhecido também por nidação . A nidação se inicia pelo pólo embrionário, região onde fica o embrioblasto (massa celular interna), e o trofoblasto logo se diferencia em duas camadas: Citotrofoblasto: camada interna de células. Sinciciotrofoblasto: massa celular com consequências em rápida expansão, na qual nenhum limite celular pode ser observado. O sinciciotrofoblasto produz enzimas que erodem os tecidos maternos, possibilitando ao blastocisto se implantar dentro do endométrio, sendo altamente invasivo e se expandindo rapidamente. Em torno de 6 dias, os prolongamentos digitiformes do sinciciotrofoblasto se estendem para o epitélio endometrial e invadem o tecido conjuntivo. O epitélio superficial da mucosa uterina “aprisiona” o blastocisto em um meio extracelular que contém receptores para colágeno, laminina, fibronectina, ácido hialurônico e heparan sulfato. As células do trofoblasto possuem integrinas que se unirão ao colágeno do útero, fibronectina, laminina e proteoglicanos de heparan sulfato. Uma vez aderido, o trofoblasto produz outras proteínas, como colagenase, estromelina e ativador de plasminogênio. Suas enzimas digerem a matriz extracelular do endométrio, permitindo que o blastocisto penetre nele. Além da ação enzimática do embrião, é importante o comportamento do próprio endométrio. A diminuição do pH parece produzir perda de adesividade entre as células endometriais, o que facilita a nidação. Também é importante a liberação de histamina, com consequentes vasodilatação e edema. O sinciciotrofoblasto é o responsável pela produção do hormônio HCG, que mantém a atividade hormonal do corpo lúteo e é o principal hormônio dos testes de gravidez. No fim da primeira semana, o blastocisto encontra-se parcialmente implantado e obtém sua nutrição a partir dos tecidos maternos erodidos. Uma mulher com gravidez ectópica tubária apresenta sinais e sintomas de gravidez. Ela também pode apresentar dor abdominal e sensibilidade por causa da distensão da tuba uterina, sangramento anormal e irritação do peritônio pélvico. Os blastocistos podem se implantar fora do útero. Essas implantações resultam em gestações ectópicas; 95% a 98% das implantações ectópicas ocorrem na tuba uterina. A maioria das gestações ectópicas ocorre na ampola e no istmo da tuba uterina. As gestações ectópicas produzem β -hCG mais lentamente do que as gestações com implantação normal; consequentemente, as dosagens podem dar resultado falso-negativos, quando realizadas muito cedo. A ultrassonografia endovaginal (intravaginal) é muito útil

na detecção inicial de gestações ectópicas. Há várias causas de gravidez tubária, mas elas estão frequentemente relacionadas com fatores que atrasam ou impedem o transporte para o útero do zigoto em clivagem; por exemplo, por aderências na mucosa da tuba uterina ou por obstruções causadas por cicatriz resultante de infecção na cavidade pélvica abdominal – doença pélvica inflamatória. A incidência dessa entidade parece estar aumentando, parcialmente devido a novas formas de reprodução assistida e também devido à disseminação de infecções genitais, principalmente por gonococo e clamídia. O diagnóstico precoce da gravidez ectópica é importante para reduzir o risco de ruptura tubária, além de melhorar o sucesso das condutas conservadoras. A atenção do obstetra deve estar voltada para o diagnóstico precoce, combinando a Ultra-sonografia transvaginal com a dosagem da β -hCG. Geralmente, a gravidez ectópica tubaria leva à ruptura da tuba uterina e hemorragia na cavidade abdominal durante as primeiras 8 semanas, seguida de morte do embrião. A ruptura da tuba e a hemorragia constituem ameaça à vida da mãe. Devido aos riscos de hemorragia de difícil controle durante o tratamento, foram desenvolvidas métodos não invasivos utilizando-se principalmente o metotrexato. Atualmente as técnicas cirúrgicas (ligadura de artérias hipogástricas, histerectomia, histeroscopia e curetagem) são aplicadas só quando a quimioterapia falha ou em situações de emergência, quando a mulher, geralmente não diagnosticada, apresenta-se com hemorragia aguda e risco de vida. Na maioria dos países, tem ocorrido um aumento da incidência de gravidez ectópica. A incidência de gravidez ectópica tubária varia de uma em 80 a uma em 250 gestações, dependendo do nível socioeconômico da população.