

PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER

VOLUME 4



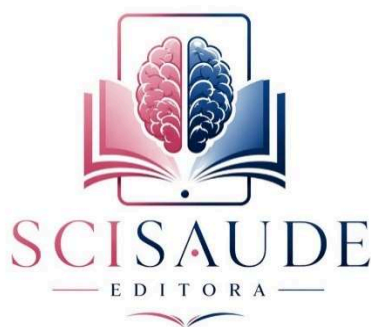
SCISAUDE
— EDITORA —

PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER

VOLUME 4



SCISAUDE
— EDITORA —



O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial do SCISAUDE. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.



LICENÇA CREATIVE COMMONS

A editora detém os direitos autorais pela edição e projeto gráfico. Os autores detêm os direitos autorais dos seus respectivos textos. PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER 4 de [SCISAUDE](https://www.scisaude.com.br/catalogo/planejamento-e-gestao-em-saude-da-mulher-4/103) está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/). (CC BY-NC-ND 4.0). Baseado no trabalho disponível em <https://www.scisaude.com.br/catalogo/planejamento-e-gestao-em-saude-da-mulher-4/103>

2026 by SCISAUDE

Copyright © SCISAUDE

Copyright do texto © 2026 Os autores

Copyright da edição © 2026 SCISAUDE

Direitos para esta edição cedidos ao SCISAUDE pelos autores.

Open access publication by SCISAUDE



PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA MULHER 4

ORGANIZADORES

Me. Iara Nadine Vieira da Paz Silva

<http://lattes.cnpq.br/3158922554159966>

<https://orcid.org/0000-0002-5027-200X>

Andre Massahiro Shimaoka

Editor chefe

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Projeto gráfico

Lennara Pereira Mota

Diagramação:

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho

Lennara Pereira Mota

Revisão:

Os Autores





Conselho Editorial

Ana Flavia de Oliveira Ribeiro	Elane da Silva Barbosa	Juliane Maguetas Colombo Pazzanese
Ana Florise Morais Oliveira	Francine Castro Oliveira	Júlia Maria do Nascimento Silva
André de Lima Aires	Giovanna Carvalho Sousa Silva	Kaline Malu Gerônimo Silva dos Santos
Angélica de Fatima Borges Fernandes	Heloísa Helena Figuerêdo Alves	Laíza Helena Viana
Camila Tuane de Medeiros	Jamile Xavier de Oliveira	Leandra Caline dos Santos
Camilla Thaís Duarte Brasileiro	Jean Carlos Leal Carvalho De Melo Filho	Lennara Pereira Mota
Carla Fernanda Couto Rodrigues	João Paulo Lima Moreira	Luana Bastos Araújo
Daniela de Castro Barbosa Leonello	Juliana britto martins de Oliveira	Maria Isabel Soares Barros
Dayane Dayse de Melo Costa	Juliana de Paula Nascimento	Maria Luiza de Moura Rodrigues
Maria Vitalina Alves de Sousa	Raissa Escandiusi Avramidis	Wesley Romário Dias Martins
Maryane Karolyne Buarque Vasconcelos	Renata Pereira da Silva	Wilianne da Silva Gomes
Paulo Sérgio da Paz Silva Filho	Sannya Paes Landim Brito Alves	Willame de Sousa Oliveira
Mayara Stefanie Sousa Oliveira	Suellen Aparecida Patricio Pereira	Naila Roberta Alves Rocha
Michelle Carvalho Almeida	Thamires da Silva Leal	Neusa Camilla Cavalcante Andrade Oliveira
Márcia Farsura de Oliveira		





Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Planejamento e gestão em saúde da mulher [livro eletrônico] :
volume 4 / [organização Iara Nadine Vieira da Paz Silva; Andre
Massahiro Shimaoka; Wallace Rodrigues de Holanda Miranda]. --
Teresina, PI : SCISAUDE, 2026.
PDF

Vários autores.

ISBN 978-65-85376-90-7

1. Artigos científicos - Coletâneas 2. Ginecologia 3.
Maternidade 4. Mulheres - Saúde mental 5.
Multidisciplinaridade 6. Saúde da mulher 7. Saúde pública
I. Silva, Iara Nadine Vieira da Paz; II. Shimaoka, Andre
Massahiro; Miranda, Wallace Rodrigues de Holanda.

26-369059.0

CDD-613.04244

Índices para catálogo sistemático:

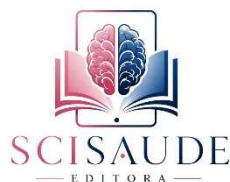
1. Saúde da mulher : Medicina 613.04244
Eliane de Freitas Leite - Bibliotecária - CRB
8/8415



10.56161/sci.ed.20260427



978-65-85376-90-7



SCISAUDE
Teresina – PI – Brasil
scienceesaude@hotmail.com
www.scisaude.com.br



SCISAUDE
EDITORA



APRESENTAÇÃO

A obra **Saúde e Vida: Uma Abordagem Multidisciplinar 4** dá continuidade à missão de promover a integração de conhecimentos e experiências que contribuem para o fortalecimento da ciência e das práticas em saúde. Em um contexto marcado por desafios cada vez mais complexos, torna-se essencial compreender a saúde de forma ampla, considerando os aspectos biológicos, sociais, ambientais, culturais e tecnológicos que influenciam o processo saúde-doença.

Este quarto volume reúne importantes contribuições de pesquisadores, docentes, profissionais e estudantes das mais diversas áreas da saúde, apresentando reflexões, pesquisas e experiências que enriquecem o debate científico e fortalecem a construção de práticas assistenciais mais qualificadas, humanizadas e baseadas em evidências. Os capítulos contemplam temáticas atuais e relevantes, abordando desde ações de promoção da saúde e prevenção de agravos até avanços diagnósticos, terapêuticos e tecnológicos.

A proposta desta coletânea é incentivar a interdisciplinaridade e a troca de saberes, reconhecendo que os desafios contemporâneos da saúde exigem abordagens integradas e colaborativas. Ao reunir diferentes perspectivas, a obra contribui para a formação acadêmica, o aperfeiçoamento profissional e o desenvolvimento de estratégias capazes de gerar impactos positivos na qualidade de vida da população.

Espera-se que este volume sirva como fonte de conhecimento, inspiração e reflexão para todos aqueles comprometidos com a promoção da saúde, a valorização da vida e a construção de um cuidado cada vez mais ético, inclusivo, humanizado e resolutivo. Que as experiências e evidências aqui compartilhadas fortaleçam o compromisso coletivo com uma sociedade mais saudável e com sistemas de saúde mais eficientes e acessíveis.

Boa Leitura!





Sumário

CAPÍTULO 1.....	11
INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS NA AUTOESTIMA DE MULHERES NO PUERPÉRIO: UMA ANÁLISE NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL.....	11
10.56161/sci.ed.20260613C1	11
CAPÍTULO 2.....	28
DEPRESSÃO PÓS-PARTO: FATORES ASSOCIADOS E REPERCUSSÕES NA AUTOESTIMA DA MULHER.....	28
10.56161/sci.ed.20260613C2	28
CAPÍTULO 3.....	45
POLIFENÓIS NA PÓS-MENOPAUSA: MECANISMOS ANTIOXIDANTES E PROTEÇÃO CARDIOVASCULAR FEMININA	45
10.56161/sci.ed.20260613C3	45
CAPÍTULO 4.....	60
CONTRACEPTIVOS ORAIS E DEPLEÇÃO DE NUTRIENTES: IMPACTOS CLÍNICOS E MANEJO NUTRICIONAL NA SAÚDE FEMININA	60
10.56161/sci.ed.20260613C4	60
CAPÍTULO 5.....	75
PERSISTÊNCIA DA INFECÇÃO PELO HPV E FATORES RELACIONADOS À PROGRESSÃO DAS LESÕES INTRAEPITELIAIS.....	75
10.56161/sci.ed.20260613C5	75
CAPÍTULO 6.....	89
DE SOP PARA SOMP: ATUALIZAÇÕES CLÍNICAS E O PAPEL DA NUTRIÇÃO NO MANEJO METABÓLICO.....	89
10.56161/sci.ed.20260613C6	89
CAPÍTULO 7.....	104
CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS EM GESTANTES DE ALTO RISCO	104
10.56161/sci.ed.20260613C7	104
CAPÍTULO 8.....	118
ENDOMETRIOSE E SAÚDE PÉLVICA: DISFUNÇÕES E INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS.....	118
10.56161/sci.ed.20260613C8	118
CAPÍTULO 9.....	130
MENOPAUSA E REGULAÇÃO AUTÔNOMICA CARDIOVASCULAR: IMPLICAÇÕES DO SONO E DO RISCO CARDIOVASCULAR	130
10.56161/sci.ed.20260613C9	130





CAPÍTULO 10.....	146
MITOS, DESCONHECIMENTOS, FATORES CULTURAIS E ASSISTENCIAIS NO TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA	146
10.56161/sci.ed.20260613C10	146
CAPÍTULO 11.....	163
PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER NO AMBIENTE ESCOLAR: UMA REVISÃO NARRATIVA	163
10.56161/sci.ed.20260613C11	163
CAPÍTULO 12.....	171
PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL: EVIDÊNCIAS DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA	171
10.56161/sci.ed.20260613C12	171
CAPÍTULO 13.....	187
SARCOPENIA E ENVELHECIMENTO FEMININO: ESTRATÉGIAS NUTRICIONAIS E FUNCIONAIS PARA A MANUTENÇÃO DA SAÚDE MÚSCULO-ESQUELÉTICA.....	187
10.56161/sci.ed.20260613C13	187
CAPÍTULO 14.....	198
GESTAÇÃO HETEROTÓPICA – RELATO DE CASO	198
10.56161/sci.ed.20260613C14.....	198
CAPÍTULO 15.....	206
GESTAÇÃO MOLAR TRIPLOIDE – RELATO DE CASO	206
10.56161/sci.ed.20260613C15	206
CAPÍTULO 16.....	220
IMPACTO DO ESTROBOLOMA NA ENDOMETRIOSE: MODULAÇÃO POR MEIO DE INTERVENÇÃO NUTRICIONAL	220
10.56161/sci.ed.20260613C16.....	220
CAPÍTULO 17.....	233
EFEITOS DA FISIOTERAPIA NA QUALIDADE DE VIDA E QUEIXAS RELACIONADAS À ENDOMETRIOSE: REVISÃO INTEGRATIVA	233
10.56161/sci.ed.20260613C17	233
CAPÍTULO 18.....	245
SEPSE PUERPERAL: FATORES DE RISCO E ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE E PREVENÇÃO	245
10.56161/sci.ed.20260613C18.....	245
CAPÍTULO 19.....	254
TRADWIFES: ENTRE A AUTONOMIA FEMININA E A ROMANTIZAÇÃO DOS PAPÉIS TRADICIONAIS DE GÊNERO	254
10.56161/sci.ed.20260613C19	254





CAPÍTULO 20.....	267
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: DESAFIOS PARA ASSISTÊNCIA	
HUMANIZADA	267
10.56161/sci.ed.20260613C20	267





CAPÍTULO 14

GESTAÇÃO HETEROTÓPICA – RELATO DE CASO

 10.56161/sci.ed.20260613C14

Fabine Santos Karam

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - FURG

<https://orcid.org/0000-0003-3138-111X>

Marina da Silva Noronha

Médica Ginecologista e Obstetra

<https://orcid.org/0009-0000-1014-3839>

Luana Macêdo de Almeida Cavalcanti

Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Universitário - FURG

<https://orcid.org/0009-0002-9694-3785>

Iago Laguna Masset

Médico Ginecologista e Obstetra pós-graduado em Sexologia Clínica

<https://orcid.org/0009-0001-0323-8255>

Lisiane Basso

Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Universitário - FURG

<https://orcid.org/0009-0003-4791-8599>

Victória Luiza Campos de Oliveira Lima

Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Universitário - FURG

<https://orcid.org/0009-0001-3407-8311>

Bianca Avelina de Oliveira Baggio

Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Universitário - FURG

<https://orcid.org/0000-0002-2803-2835>

Andressa Machado Moraes

Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Universitário - FURG

<https://orcid.org/0009-0003-4791-8599>

Andressa Amorim Fragoso

Residente de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Universitário - FURG

<https://orcid.org/0000-0001-8442-5863>

Carla Vitola Gonçalves

Professora Titular da Faculdade de Medicina - FURG

<https://orcid.org/0000-0001-6580-6417>





RESUMO

A gestação heterotópica é uma condição rara, na qual uma gravidez intrauterina coexiste com uma gravidez ectópica. Este relato de caso descreve uma paciente com 11 semanas e 1 dia de gestação, apresentando um feto intrauterino ativo e saudável, ausência de vasa prévia e placenta com altura de implantação normal. Entretanto, o ultrassom identificou um conteúdo heterogêneo na trompa direita, levantando a suspeita de uma gestação ectópica concomitante. Foi adotada uma abordagem conservadora com monitoramento rigoroso, resultando em resolução espontânea da condição ectópica sem necessidade de intervenção cirúrgica. A gestação intrauterina prosseguiu sem complicações. Este caso reforça a importância do diagnóstico precoce e da individualização do tratamento em casos de gestação heterotópica.

Palavras-Chave: Gestação heterotópica; gestação ectópica; tratamento conservador; métodos naturais de planejamento familiar.

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is a rare condition where an intrauterine pregnancy coexists with an ectopic pregnancy. This case report describes a patient at 11 weeks and 1 day of gestation, presenting with an active and healthy intrauterine fetus, absence of vasa previa, and a placenta with normal implantation height. However, ultrasound revealed heterogeneous content in the right fallopian tube, raising suspicion of a concurrent ectopic pregnancy. A conservative approach with close monitoring was adopted, resulting in spontaneous resolution of the ectopic condition without surgical intervention. The intrauterine pregnancy continued without complications. This case highlights the importance of early diagnosis and individualized treatment in cases of heterotopic pregnancy.

Keywords: Heterotopic pregnancy; ectopic pregnancy; conservative treatment; natural family planning methods.

1. INTRODUÇÃO

A gravidez heterotópica é uma combinação de gravidez intrauterina acompanhada de uma gravidez ectópica, que significa uma gestação fora de cavidade uterina. Historicamente considerada uma condição incomum, com incidência de 1:30.000 gestações e que, com o surgimento de técnicas de reprodução assistida (indução de ovulação, fertilização in vitro e





inseminação intrauterina) e melhora dos métodos de diagnóstico por imagem, tem se tornado mais frequente, ocorrendo em 0,2% das gestações (Togas et al, 2024; Habana et al, 2000).

Os sintomas clínicos iniciais aparecem devido ao componente ectópico da gestação, cursando com dor abdominal, sangramento vaginal e/ou massa anexial, podendo resultar em abdome agudo e choque hemodinâmico em caso de ruptura (Togas et al, 2024). O diagnóstico é ultrassonográfico, entretanto, sendo o ultrassom um método operador-dependente, a visualização do componente tópico – uma gestação intrauterina evolutiva, pode confundir o examinador, e a gestação ectópica pode permanecer despercebida, até sua eventual ruptura (Cunningham et al, 2021).

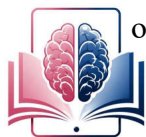
A suspeição de gestação heterotópica deve aumentar em pacientes que engravidaram por reprodução assistida e em pacientes com gestação tópica que apresentem sangramento vaginal, massa ou dor abdominal. Diferentemente da gestação ectópica, os níveis de beta-HCG não são informativos na gravidez heterotópica, uma vez que a gestação intrauterina fornecerá valores normais desse hormônio ruptura (Togas et al, 2024; Li et al, 2023).

É necessário avaliar o local de implantação da gravidez ectópica, a fim de se utilizar a terapia menos invasiva e preservar a gravidez intrauterina ruptura (Togas, 2024). Salpingectomia é a abordagem padrão-ouro, consiste na remoção cirúrgica da trompa afetada, sendo a primeira linha de tratamento em pacientes instáveis hemodinamicamente e/ou sinais de ruptura tubária, podendo ser laparoscópica se houver estabilidade hemodinâmica ruptura (Togas, 2024; Barrenetxea et al, 2007). Alternativamente, pode ser tratada com injeção local de substância feticida guiada por ultrassom, sendo as mais utilizadas cloreto de potássio (KCL) e glicose hiperosmolar (Goldberg et al, 2006; Salomon et al 2003). Entretanto, em uma revisão de literatura incluindo 11 casos de gravidez tubária e intrauterina heterotópica tratados com injeção de KCl, 6 de 11 casos (55%) falharam nesta terapia e necessitaram de intervenção cirúrgica (Togas, 2024).

Conduta vigilante pode ser adotada em consideração a gestação intrauterina normal, se a paciente decidir proceder com a gravidez, e nesses casos há contraindicação ao uso de metotrexate (MTX), visto que esse medicamento faz parte da classe de antimetabólitos, bloqueando o ácido fólico, o que impede a divisão e crescimento das células do embrião (Togas, 2024; Togas, 2024).

2. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um relato de caso clínico, de caráter descritivo e observacional, desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande





(FURG), durante o acompanhamento pré-natal e parto de uma paciente assistida pelo serviço de Ginecologia e Obstetrícia no ano de 2025.

A coleta de dados foi realizada a partir da análise do prontuário médico, registros de exames complementares e acompanhamento clínico durante as consultas e procedimentos hospitalares. As informações foram descritas de forma cronológica, contemplando: histórico obstétrico, evolução da gestação atual, exames de imagem, condutas terapêuticas e desfecho materno-fetal.

Foram respeitados os princípios éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Para a elaboração do presente trabalho, garantiu-se a preservação da identidade da paciente, sendo omitidos dados pessoais e assegurado o anonimato. Por se tratar de um relato de caso único, de caráter retrospectivo e sem intervenção experimental, houve dispensa de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto nas normativas nacionais para este tipo de estudo.

O relato foi estruturado de acordo com as recomendações internacionais das diretrizes CARE (Case Report Guidelines), incluindo introdução, apresentação detalhada do caso, discussão fundamentada na literatura e considerações finais.

Por se tratar de um estudo observacional de caso isolado, não houve análise estatística inferencial, sendo a interpretação baseada no raciocínio clínico e na comparação crítica com evidências previamente publicadas.

3. RESULTADOS

Sabe-se que a gestação ectópica tem uma prevalência pequena em toda população mundial, apresentando maior incidência naquelas gestações que partem desde o início com fatores de risco determinantes. Esses valores se tornam ainda menores quando se avalia a presença de uma gestação ectópica concomitante à uma intrauterina.

Alguns fatores podem aumentar o risco relativo do aparecimento das gestações heterotópicas. Geralmente estão associadas a técnicas de reprodução assistida (ART/TRA) como fertilização in vitro (FIV) e transferência de embriões. Outros podem tornar o ambiente mais hostil ou causar perda da permeabilidade anatômica das trompas uterinas, tais quais: história prévia de gestação ectópica, doença inflamatória pélvica, cirurgias tubárias ou pélvicas, endometriose, idade materna avançada, etc..

Geralmente o quadro clínico da gestação heterotópica pode ser inespecífico, partindo principalmente dos sintomas de gravidez associados a gestação ectópica, naturalmente percebendo o atraso menstrual e realizando exames quantitativos ou qualitativo de beta-HCG





faz-se o diagnóstico. É importante ressaltar que a gestação ectópica é responsável por dor abdominal e sangramento vaginal, principalmente se relacionados à ruptura. Muitos diagnósticos são incidentais, realizados durante a ultrassonografia de rotina para confirmação da gestação intrauterina, ainda que, não raramente, pode-se passar despercebido a gestação ectópica.

Ademais, o diagnóstico precoce é incomum, sendo realizado em idades mais avançadas da gestação ou quando o quadro se torna sintomático. O aumento progressivo de beta-HCG é originado da gravidez tópica, não refletindo os valores/evolução da gestação ectópica, não podendo ser passíveis de critérios de tratamento.

Outrossim, o uso de metotrexato para o tratamento da gestação ectópica é contraindicado quando há a pretensão de manter a gravidez intrauterina, devendo ser adaptado para métodos locais da implantação ectópica, com maneiras menos invasivas. A abordagem cirúrgica padrão é a salpingectomia, indicada como primeira linha para pacientes com instabilidade hemodinâmica ou ruptura tubária, sendo possível realizar de forma laparoscópica se houver estabilidade hemodinâmica.

Além disso, quando não se está na presença de uma gravidez ectópica rota, alguns especialistas preferem o uso de injeção feticida local sob orientação ultrassonográfica, podendo ser usados duas opções: cloreto de potássio (KCl) ou glicose hiperosmolar. Em revisão de literatura anterior, a injeção apresentou uma falha de 55% no caso de KCl, necessitando intervenção cirúrgica posteriormente.

É necessário realizar acompanhamento clínico frequente dessa paciente independentemente da terapêutica adotada, pois há aumento no risco de aborto espontâneo após a resolução da gestação ectópica.

4. DISCUSSÃO

O relato consiste no caso de paciente feminina, 23 anos, branca, procedente de Rio Grande – RS, hígida, nega uso de álcool ou tabaco. Apresenta-se em sua quarta gestação, com idade gestacional de 9 semanas e 2 dias ao início do acompanhamento ambulatorial no pré-natal de alto risco. Histórico obstétrico de dois abortamentos precoces, um completo e um com necessidade de AMIU, e um abortamento tardio de gestação gemelar dicoriônica e diamniótica, sendo na ocasião realizado diagnóstico de incompetência istmo-cervical, a qual é uma fragilidade do colo uterino, que permite a dilatação prematura e indolor, levando a partos prematuros.





A gestação atual foi espontânea, e a paciente realizou datação precoce de gestação tópica com 7 semanas, não sendo observado gestação ectópica. Em ultrassom realizado com 11 semanas e 1 dia, foi observada imagem anexial direita com conteúdo heterogêneo e vascularizado, cercado por gordura inflamatória ecogênica, sendo aventada hipótese de gestação heterotópica.

Novo ultrassom, realizado 15 dias depois, não evidenciou o achado anterior, sendo interpretado como resolução espontânea da gestação ectópica por aborto tubário, sem necessidade de intervenção adicional. Entretanto, devido ao histórico de incompetência istmo-cervical, foi indicada cerclagem de colo uterino, procedimento que reforça o colo uterino dificultando a dilatação prematura, o qual foi realizado com 15 semanas e 1 dia, sem intercorrências. Paciente teve alta em uso de progesterona por via vaginal e encaminhada ao pré-natal de alto risco do serviço, onde manteve acompanhamento, sem outras complicações.

Seguiu com pré-natal em ambulatório de alto risco, até o momento da cesárea, realizada de maneira eletiva com 37 semanas de gestação. Durante o procedimento cirúrgico, após a realização do parto cesárea do recém-nascido, foi averiguado a presença de cicatriz na trompa uterina direita referente à gestação ectópica.

Diante do caso exposto acima, é importante frisar que o diagnóstico clínico precoce de uma gestação heterotópica pode ser desafiador devido à presença de uma gravidez intrauterina viável, o que pode mascarar os sinais de uma gravidez ectópica. Sintomas típicos, como dor abdominal, sangramento vaginal e a presença de uma massa anexial, podem ser confundidos com os desconfortos normais da gravidez, resultando em diagnósticos tardios, especialmente se houver ruptura da gestação ectópica, levando a abdome agudo e choque hemorrágico (Cunningham et al, 2021; Togas, 2024).

A ultrassonografia transvaginal é o principal meio diagnóstico para a detecção de gestação heterotópica. Contudo, devido à localização e ao desenvolvimento simultâneo das gestações, a gestação ectópica pode não ser imediatamente identificada, como observado no caso clínico. Nesse contexto, níveis elevados de beta-hCG, embora informativos para outras condições gestacionais, não são úteis, uma vez que já há uma gravidez intrauterina diagnosticada (Togas, 2024).

O manejo da gestação heterotópica depende da viabilidade da gestação intrauterina e do local da gravidez ectópica. Em pacientes hemodinamicamente estáveis, abordagens menos invasivas, como a injeção de cloreto de potássio (KCl) ou glicose hiperosmolar diretamente na gestação ectópica sob orientação ultrassonográfica, podem ser consideradas. No entanto, essas





intervenções não são isentas de falhas, com uma taxa de sucesso variável. Em casos de instabilidade hemodinâmica ou ruptura tubária, a salpingectomia é o tratamento de escolha (Togas, 2024; Salomon et al, 2003).

No caso em questão, a paciente apresentava um útero gravídico de 11 semanas e 1 dia, com feto ativo e condições normais, além de placenta com inserção adequada e ausência de vasa prévia. No entanto, a presença de conteúdo heterogêneo na trompa direita sugeriu a possibilidade de gestação heterotópica, a qual foi monitorada de perto. Optou-se por uma abordagem conservadora, resultando na resolução espontânea do conteúdo ectópico e permitindo a continuidade da gestação intrauterina sem complicações adicionais. Vale notar que no ultrassom realizado com 7 semanas, não havia sinais de gestação ectópica.

A abordagem conservadora adotada, com monitoramento rigoroso e acompanhamento clínico, permitiu a resolução espontânea do conteúdo ectópico, sem necessidade de intervenções cirúrgicas ou comprometimento da gestação intrauterina. Ademais, a paciente evoluiu com a gestação de forma adequada, realizando cesárea e apresentando recém-nascido adequado e sem intercorrências. Este caso reforça a importância de uma avaliação cuidadosa e individualizada, uma vez que o manejo da gestação heterotópica pode variar consideravelmente, dependendo da estabilidade da paciente e da viabilidade das gestações.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação heterotópica é uma condição que exige alta suspeição clínica, especialmente em pacientes que utilizam tecnologias de reprodução assistida ou que apresentam sintomas sugestivos. O diagnóstico precoce e o manejo adequado são cruciais para preservar a gravidez intrauterina viável e evitar complicações graves decorrentes da gestação ectópica.

Este relato de caso destaca a importância do acompanhamento clínico cuidadoso em casos de gestação heterotópica suspeita, garantindo uma abordagem segura e eficaz e um desfecho favorável para a paciente. Ainda que, denota a necessidade de avaliação individual da gestação e condições de saúde, a fim de determinar a melhor maneira terapêutica para os pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Togas Tulandi, MD. Ectopic pregnancy: Epidemiology, risk factors, and anatomic sites. UpToDate. Retrieved Jul 29, 2024. https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-epidemiology-risk-factors-and-anatomic-sites?source=history_widget#H1





2. Li X, Cai P, Ouyang Y, Gong F. Heterotopic Interstitial Pregnancy: Early Ultrasound Diagnosis of 179 Cases After In Vitro Fertilization-Embryo Transfer. *J Ultrasound Med* 2023; 42:915.
3. Habana A, Dokras A, Giraldo JL, Jones EE. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:1264.
4. CUNNINGHAM, F. G. et al. *Obstetrícia de Williams*. Porto Alegre: AMGH, 2021.
5. Togas Tulandi, MD. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. UpToDate. Retrieved Jan 17, 2024. https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=heterotopic%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=3%7E22&usage_type=default&display_rank=3#H1
6. Li X, Cai P, Ouyang Y, Gong F. Heterotopic Interstitial Pregnancy: Early Ultrasound Diagnosis of 179 Cases After In Vitro Fertilization-Embryo Transfer. *J Ultrasound Med*. 2023 Apr;42(4):915-922. doi: 10.1002/jum.16103. Epub 2022 Sep 29. PMID: 36173144.
7. Togas Tulandi, MD. Ectopic pregnancy: Choosing a treatment. UpToDate. Retrieved May 13, 2024. https://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-choosing-a-treatment?sectionName=Heterotopic%20pregnancy&search=heterotopic%20pregnancy&topicRef=5487&anchor=H3642364912&source=see_link#H3642364912
8. Goldstein JS, Ratts VS, Philpott T, Dahan MH. Risco de cirurgia após uso de cloreto de potássio para tratamento de gravidez heterotópica tubária. *Obstet Gynecol* 2006; 107:506.
9. Barrenetxea G, Barinaga-Rementeria L, Lopez de Laruzea A, et al. Gravidez heterotópica: dois casos e uma revisão comparativa. *Fertil Esteril* 2007; 87:417.e9.
10. Goldberg JM, Bedaiwy MA. Injeção local transvaginal de glicose hiperosmolar para o tratamento de gestações heterotópicas. *Obstet Gynecol* 2006; 107:509.
11. Salomon LJ, Fernandez H, Chauveaud A, et al. Tratamento bem-sucedido de uma gravidez heterotópica em cicatriz de cesárea: injeção de cloreto de potássio com preservação da gestação intrauterina: relato de caso. *Hum Reprod* 2003; 18:189.
12. Hoover KW, Tao G, Kent CK. **Trends in the diagnosis and treatment of ectopic pregnancy in the United States, 1993–2007.** *Obstet Gynecol*. 2010;115(3):495-502.
13. Trabert B, Holt VL, Yu O, Van Den Eeden SK, Scholes D. **Population-based ectopic pregnancy trends, 1993–2007.** *Am J Prev Med*. 2011;40(5):556-560.
14. Stulberg DB, Cain LR, Dahlquist I, Lauderdale DS. **Ectopic pregnancy rates and racial disparities in the Medicaid population, 2004–2008.** *Fertil Steril*. 2014;102(6):1671-1676.
15. Marion LL, Meeks GR. **Ectopic pregnancy: history, incidence, epidemiology, and risk factors.** *Clin Obstet Gynecol*. 2012;55(2):376-386
16. Tulandi T, Al-Jaroudi D. **Heterotopic pregnancy: a reappraisal.** *J Obstet Gynaecol Can*. 2004;26(7):593-597.

