

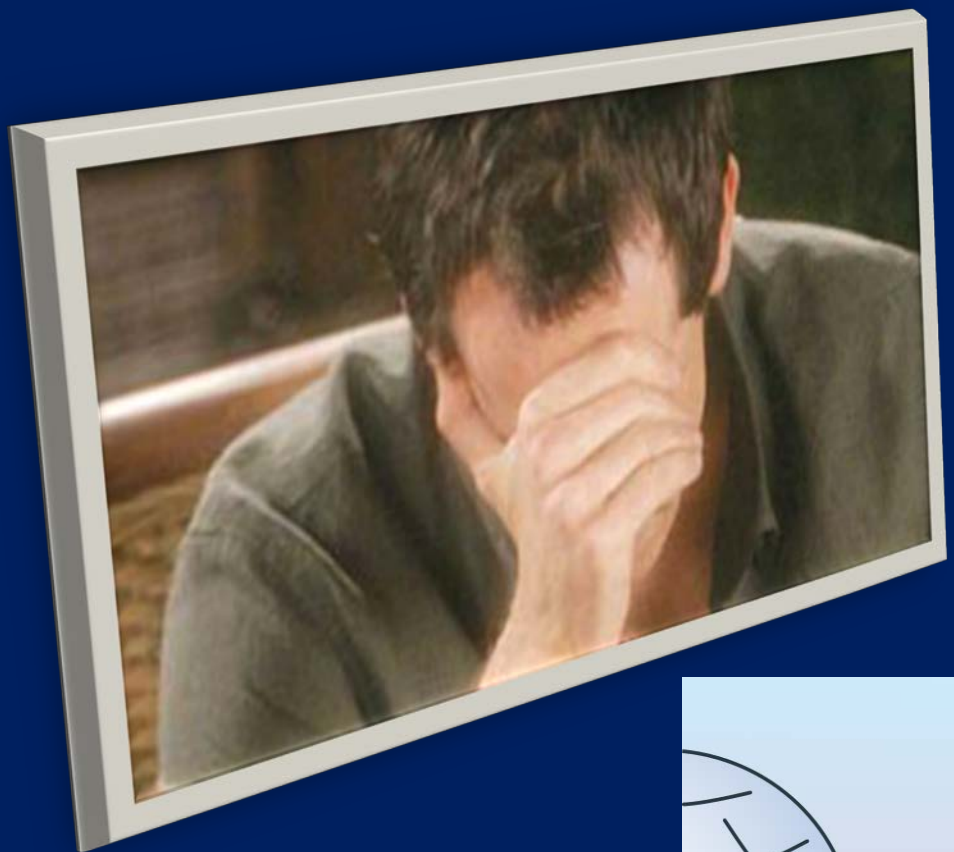
31 MAIO
A 2 JUN
2018

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA
DE MASTOLOGIA



Critérios ultrassonográficos de gestação anembrionada e de óbito embrionário

Marcelo Pedrassani MD



INCIDÊNCIA

Aborto precoce, definido como até 12 semanas e 6 dias, ocorre em cerca de 10% das gestações.

65% dos abortos ocorrem até 8 semanas.

ETIOLOGIA

Cerca de 50% é devido a causas cromossômicas.

CONCEITO

ANEMBRIONADA

Saco gestacional sem evidência de embrião e vesícula vitelínica.
Se o saco gestacional apresenta apenas vesícula vitelínica no primeiro exame e no controle não é visibilizado embrião, muitos argumentam que é uma gestação anembrionada, entretanto o conceito é o descrito acima.

EMBRIONADA

Presença de pólo embrionário.

Cytogenetic testing of anembryonic pregnancies compared to embryonic missed abortions

Ruth B. Lathi · Sara D. Mai
Amin A. Milki

Chromosomal abnormalities seen in early miscarriages with anembryonic and embryonic arrest where a fetal pole is seen

	Anembryonic pregnancies 91 total 53 cases with anomalies	Missed abortions with fetal pole 181 total 123 cases with anomalies
Monosomy X	2 (4%)	7 (6%)
Autosomal trisomy—single	28 (53%)	94 (76%)
Autosomal trisomy—multiple	8 (15%)	9 (7%)
Polyploidy—triploidy	1 (9%)	11 (9%)
Polyploidy—tetraploidy	5 (2%)	2 (2%)
Structural abnormalities (deletions/additions)	9 (17%)	0 (0%)

HISTÓRIA

- Durante as duas últimas 2 a 3 décadas a ultrassonografia e o HCG revolucionaram o diagnóstico e manejo do aborto e gestação ectópica.
- Com o surgimento da ultrassonografia transvaginal no início dos anos 90, critérios para definir gestação inviável (aborto) foram logo definidos: embrião com 5 mm de comprimento cabeça-nádega sem batimentos cardíacos ou saco gestacional de 16 mm de diâmetro médio sem embrião.

HISTÓRIA

Porém tudo mudou em 2011...

HISTÓRIA

- Em 2011, Jevé et al publicaram uma revisão sistemática com os valores de corte para o comprimento cabeça-nádega (CCN) e diâmetro médio do saco gestacional (DMSG), concluindo que haviam poucos estudos e apresentavam baixa qualidade com metodologia não consistente. Isso culminou com dois estudos publicados no mesmo ano.
- O trabalho mais importante divisor de águas foi publicado por Abdallah et al em 2011 onde examinaram 1060 pacientes e encontraram um falso-positivo de 8,5% para um CNN de 5 mm 4,4 % para o DMSG.

SOU SERIAL KILLER EMBRIONÁRIO?



- No estudo de Abdallah em 2011:
 - CCN de 5,3 mm obteve 0% de falso-positivo. A variação interobservador foi de 15%.
 - DMSG de 21 mm obteve 0% de falso-positivo. A variação interobservador foi de 19%.

HISTÓRIA

- Baseado nas duas publicações em 2011, o Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) mudou sua recomendação para definir aborto.
- UK National Institute for Health and Care Excellence em dezembro de 2012.
- American College of Radiology em 2013.
- Reunião de consenso da Sociedade de Radiologistas em Ultrassonografia nos Estados Unidos publicado em 2013 no New England Journal of Medicine.

HISTÓRIA

- Trabalho de Preisler et al em 2015 com 2854 gestações validou os achados de Abdallah em 2011 e acrescentou critérios mais precisos para os intervalos de ultrassonografia de controle.

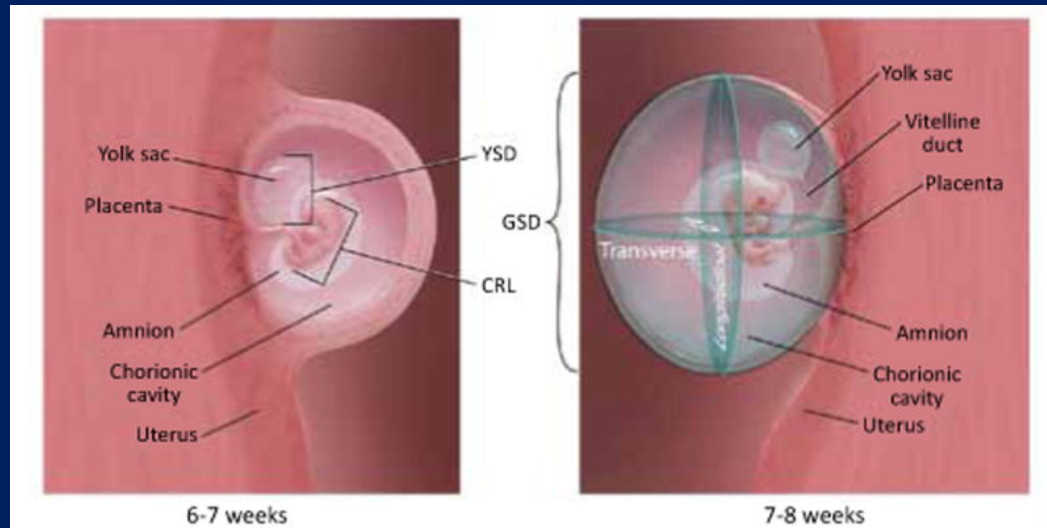
ULTRASSONOGRAFIA

- Necessita ter 100% de especificidade
- O diagnóstico é realizado por via transvaginal
- Ultrassonografistas bem treinados e certificados
- Bom equipamento

ULTRASSONOGRAFIA

- Visibilização inicial:
- Saco gestacional com 5 semanas
- Vesícula vitelínica com 5 semanas e 3 dias
- Embrião com 6 semanas
- Âmnio com 7 semanas
- *variação de +/- 0,5 semana.

ULTRASSONOGRAFIA



YSD: Yolk Sac Diameter; GSD: Gestational Sac Diameter; CRL: Crown-Rump Length



Diâmetro médio do saco gestacional (mm)	CCN (mm)	Idade gestacional - semanas			β-hCG - mUI/ml		
		Percentil			Percentil		
		2.5	50	97.5	2.5	50	97.5
2	-	4.5	5.0	5.5	629	1164	2188
3	-	4.6	5.1	5.6	771	1377	2589
4	-	4.8	5.2	5.7	863	1629	3036
5	-	4.9	5.4	5.8	1026	1932	3636
6	-	5.0	5.5	6.0	1226	2165	4256
7	-	5.1	5.6	6.1	1465	2704	4990
8	2	5.3	5.7	6.2	1749	3199	5852
9	3	5.4	5.9	6.3	2085	3785	6870
10	3	5.5	6.0	6.5	2483	4478	8075
11	4	5.6	6.1	6.6	2952	5297	9058
12	5	5.8	6.2	6.7	3502	6267	11218
13	6	5.9	6.4	6.8	4145	7415	13266
14	6	6.0	6.5	7.0	4894	8773	15726
15	7	6.2	6.6	7.1	5766	10379	18682
16	8	6.3	6.7	7.2	6776	12270	22235
17	9	6.4	6.9	7.3	7964	14528	26501
18	10	6.5	7.0	7.5	9343	17188	31621
19	10	6.6	7.1	7.6	10951	20337	37760
20	11	6.8	7.3	7.7	12820	24060	45130
21	12	6.9	7.4	7.8	15020	28464	53970
22	13	7.0	7.5	8.0	17560	33675	64570
23	14	7.2	7.6	8.1	20573	39843	77164
24	15	7.3	7.8	8.2	24067	47138	93325

ULTRASSONOGRAFIA: terminologia

VIÁVEL	POTENCIALMENTE PODE RESULTAR EM RECÉM NASCIDO VIVO
NÃO VIÁVEL	NÃO PODE RESULTAR EM RECÉM NASCIDO VIVO.
GESTAÇÃO INTRAUTERINA DE VIABILIDADE INCERTA	SACO GESTACIONAL INTRAUTERINO SEM BATIMENTO CARDÍACO EMBRIONÁRIO E SEM SINAIS DE ABORTO DEFINITIVO
GESTAÇÃO COM LOCALIZAÇÃO DESCONHECIDA	HCG POSITIVO SEM SINAIS DE GESTAÇÃO INTRAUTERINA OU ECTÓPICA.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

REVIEW ARTICLE

CURRENT CONCEPTS

Edward W. Campion, M.D., *Editor*

Diagnostic Criteria for Nonviable Pregnancy Early in the First Trimester

Peter M. Doubilet, M.D., Ph.D., Carol B. Benson, M.D.,
Tom Bourne, M.B., B.S., Ph.D., and Michael Blaivas, M.D., for the Society of
Radiologists in Ultrasound Multispecialty Panel on Early First Trimester Diagnosis
of Miscarriage and Exclusion of a Viable Intrauterine Pregnancy*

Critérios diagnósticos para gestação não viável precoce no primeiro trimestre

Em exame inicial:

- Saco gestacional vazio com diâmetro médio ≥ 25 mm.
- Embrião com CCN ≥ 7 mm sem atividade cardíaca.

Em estudos ultrassonográficos repetidos:

- Embrião sem batimentos cardíacos após ≥ 14 dias de exame que demonstrou saco gestacional sem vesícula vitelínica.
- Embrião sem batimentos cardíacos após ≥ 11 dias de exame que demonstrou saco gestacional com vesícula vitelínica.

(Preisler et al, 2015)

Em estudos ultrassonográficos repetidos:

- Embrião presente (independentemente do tamanho) sem atividade cardíaca em um exame inicial -> se no exame repetido com intervalo mínimo de 7 dias não for visibilizada atividade cardíaca.
- Gestação sem embrião visível (com ou sem vesícula vitelínica) e saco gestacional com diâmetro médio $< 12 \text{ mm}$ -> se no exame repetido com intervalo mínimo de 14 dias não for visibilizada atividade cardíaca e o diâmetro médio do saco não dobrar.
- Gestação sem embrião visível (com ou sem vesícula vitelínica) e saco gestacional com diâmetro médio $\geq 12 \text{ mm}$ -> se no exame repetido com intervalo mínimo de 7 dias não for visibilizado embrião com atividade cardíaca.



Achados sugestivos, porém não diagnósticos de perda gestacional

- CCN < 7 mm sem batimentos cardíacos
- SG com 16-24 mm sem embrião
- Ausência de embrião com batimentos cardíacos 7-13 dias após exame que mostrou saco gestacional sem vesícula vitelínica
- Ausência de embrião com batimentos cardíacos 7-10 dias após exame que mostrou saco gestacional com vesícula vitelínica
- Ausência de embrião ≥ 6 semanas da DUM
- Âmnio vazio (âmnio visto adjacente à vesícula vitelínica sem embrião)
- Vesícula vitelínica aumentada (>7 mm)
- Saco gestacional pequeno em relação ao embrião (<5 mm de diferença entre o DMSG e o CCN)

$E \propto B-HCG?$



Tem importância para
diagnosticar e descartar uma
gestação intrauterina viável
quando a localização for incerta

Os níveis de HCG em gestações viáveis, não viáveis e ectópicas apresentam uma sobreposição considerável. Então uma única mensuração não é confiável para distinguí-las.

Gestação de localização incerta

- Cerca de 30 anos atrás o ponto de corte era de 6500 mUI/ml para USG transabdominal
- Com a USG transvaginal o ponto de corte caiu para 1000-2000 mUI/ml

Gestação de localização incerta

- Um nível de HCG de 2000 mUI/ml ou superior não é altamente preciso então evite tratamentos presuntivos para gestação ectópica com metotrexate ou cirúrgico por 4 motivos:

Gestação de localização incerta

- **primeiro:** existe uma chance de gestação intrauterina viável, principalmente se os valores forem entre 2000 e 3000 mUI/ml. Lembre-se que existem gêmeos.
- **segundo:** o mais provável é que seja uma gestação intrauterina não viável e metotrexate não é o tratamento apropriado para isso.
- **terceiro:** existe um risco pequeno em esperar mais alguns dias e fazer o diagnóstico definitivo numa gestação de localização desconhecida sem sinais/sintomas clínicos de ruptura tubária e sem evidência ultrassonográfica de gestação ectópica.
- **quarto:** a evolução do HCG em 48 horas fornece informação valiosa para diagnóstico e decisão sobre tratamento de gestação ectópica em paciente estável.

Sobre gestação ectópica e USG TV sem achados

- HCG acima de 2000 mUI/ml: gestação intrauterina não viável é duas vezes mais frequente que ectópica.
- HCG entre 2000 e 3000 mUI/ml: gestação ectópica é 19 vezes mais frequente do que gestação intrauterina viável.
- HCG acima de 3000 mUI/ml: gestação ectópica é 70 vezes mais frequente do que gestação uterina viável.
- HCG entre 2000 e 3000 mUI/ml: existem 19 ectópicas e 38 tópicas não viáveis para cada tópica viável.

Diagnóstico e Manejo (Consenso)

Achados ultrassonográficos	Pontos-chave
Sem coleção intrauterina e anexos normais ou próximos do normal	<p>Uma única medida de HCG não é confiável para distinguir entre ectópica e gestação intrauterina (viável ou não)</p> <p>Se o HCG for <3000 mUI/ml, não realizar tratamento presuntivo com metotrexate ou cirúrgico para evitar o risco de interromper uma gestação viável</p> <p>Se o HCG for ≥ 3000 mUI/ml, uma gestação viável é possível mas improvável, então deve ser realizado pelo menos um HCG e USG de controle antes de iniciar qualquer tratamento para ectópica</p>
Exame ainda não realizado	<p>O valor de HCG na ectópica é altamente variável. Geralmente <1000 mUI/ml. E o valor do HCG não é preditivo de probabilidade de ruptura tubária. Quando houver suspeita clínica de ectópica, ultrassonografia transvaginal está indicada mesmo quando o valor de HCG estiver baixo.</p>

CONSIDERAÇÕES E CONSELHOS FINAIS

Siga os critérios descritos, independentemente do que vier descrito na conclusão do laudo ultrassonográfico

Na dúvida sempre sugira controle ultrassonográfico (e HCG)

A grande maioria dos abortos espontâneos até 8 semanas apresentam expulsão completa

Cuidado pois o ultrassonografista pode confundir corpo lúteo com gestação ectópica!!!

Fim



Muito Obrigado!!!