

# Perda gestacional retida: tratamento baseado em evidência

Missed miscarriage: treatment based on evidence

Francisco Javier Alvarez Camayo<sup>1</sup>  
Luiz Augusto Beltramin Martins<sup>2</sup>  
Ricardo de Carvalho Cavalli<sup>3</sup>

## Palavras-chave

Aborto retido  
Medicina baseada em evidências  
Terapêutica

## Keywords

Abortion, missed  
Evidence-based Medicine  
Therapeutics

## Resumo

A perda gestacional é a complicação mais comum da gestação, a qual acarreta sérias repercussões sociais, psicológicas e clínicas para as pacientes. Perda gestacional retida é definida como a visualização do saco gestacional vazio até a 12ª semana de gestação, gestação intrauterina no 1º trimestre com perda da atividade cardíaca ou a estabilização da medida comprimento crânio-nádega (CCN) em avaliações ecográficas sucessivas. Historicamente, a conduta cirúrgica tem sido o tratamento de escolha para esse quadro clínico. No entanto, há novas tendências baseadas em estudos recentes que sugerem alternativas terapêuticas válidas como a conduta expectante ou a conduta farmacológica. Esta revisão apresentou a evidência científica atual das diferentes possibilidades de tratamento da perda gestacional, sua eficácia e a relação com possíveis complicações.

## Abstract

Miscarriage is the most common complication of pregnancy which causes serious social, psychological and clinical consequences for patients. Missed miscarriage is defined as the visualization of a gestational sac empty until 12<sup>th</sup> week of pregnancy, 1st trimester intrauterine pregnancy with loss of heart activity or stabilization of the cranial-rump length measurement (CRL) in successive sonographic evaluations. Historically the surgical approach has been the treatment of choice for this clinical event. However, the new trends based on recent studies suggest that alternative therapies are valid as expectant treatment or pharmacological treatment. This review presented the current scientific evidence of the different possibilities for the treatment of pregnancy loss, its effectiveness and relation to possible complications.

<sup>1</sup> Pós-graduando do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil

<sup>2</sup> Médico assistente do Setor de Obstetrícia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto; Pós-graduando do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil

<sup>3</sup> Docente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil

**Endereço para correspondência:** Francisco Javier Alvarez Camayo – Avenida dos Bandeirantes, 3.900, 8º andar – Departamento de Ginecologia e Obstetrícia – Monte Alegre – CEP: 14049-900 – Ribeirão Preto (SP), Brasil – E-mail: franjalca@hotmail.com

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses no que tange ao desenvolvimento do presente trabalho.

## Introdução

Decidir qual é a melhor conduta para a perda gestacional retida é ainda, na atualidade, um grande desafio para os obstetras que trabalham em serviços de urgência; isso se deve à falta de informações baseadas em evidências científicas que permitam decisões da conduta. Historicamente, e na maioria dos casos, uma vez analisada a situação e o risco da paciente, a experiência do médico influencia de maneira importante a conduta a ser tomada, mesmo sem levar em consideração a preferência da paciente<sup>1-7</sup>(A,D). Embora na literatura atual seja difícil encontrar evidência científica específica para a perda gestacional retida, há grandes ensaios clínicos e revisões sistemáticas que comparam as diferentes opções de tratamento na perda gestacional do primeiro trimestre e suas repercussões clínicas<sup>1-2,4,8</sup>(D,A).

A perda gestacional é a complicação mais comum da gestação, não necessariamente associada com morbidade física grave ou mortalidade alta, mas frequentemente com repercussões sociais e psicológicas importantes para as gestantes<sup>9</sup>(D).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no mundo, 67 mil mulheres morrem anualmente por falta de tratamento ou por tratamento inadequado das diferentes complicações da perda gestacional no primeiro trimestre. Nos países em desenvolvimento, essa cifra representa 13% das mortes maternas relacionadas com complicações gestacionais<sup>5</sup>(D).

A prevalência da perda gestacional varia entre 15 a 20% das gestações clinicamente diagnosticadas, atingindo até 30% das gestações com diagnóstico bioquímico<sup>2,9-11</sup>(D,A). A maioria acontece antes da 12ª semana de gestação e menos do que 5% após identificação do batimento cardíaco fetal<sup>12</sup>(D).

Dois condutas para o tratamento da perda gestacional no primeiro trimestre são largamente preconizadas: a conduta ativa e a conduta expectante<sup>2,4,13</sup>(D,A). Vários aspectos influenciam a decisão terapêutica, tais como a idade gestacional, a severidade do quadro clínico, infecção concomitante, contraindicações formais para cada um dos tratamentos, preferência da paciente e finalmente a experiência do médico<sup>1-2,5-7</sup>(D,B).

A Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento do Ministério da Saúde do Brasil orienta que, durante o primeiro trimestre da gravidez, consideram-se métodos aceitáveis a aspiração intrauterina, o tratamento farmacológico e a curetagem uterina<sup>6</sup>(D).

Dentre os vários aspectos que envolvem o diagnóstico de perda gestacional, é de vital importância a sua classificação, pois identificará as possíveis repercussões clínicas, como também determinará as diferentes terapêuticas. No caso do abortamento retido há preferência histórica pela conduta cirúrgica, porém as outras condutas vêm sendo cada vez mais bem aceitas.

É por isso que nesta revisão procurou-se apresentar a evidência científica sobre os diferentes tratamentos da perda gestacional retida, comparando as condutas expectante, farmacológica e cirúrgica no que diz respeito às vantagens e desvantagens de cada uma delas.

## Definições e conceitos

A perda gestacional é classicamente definida como a remoção do embrião ou do feto antes de atingir a viabilidade<sup>2,9-11</sup>(D).

A literatura estabelece diferentes tipos de abortamento<sup>1,6,9,11-12</sup>(D) (Tabela 1). Porém, desde 1997, o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) recomenda mudanças na terminologia médica mundial para unificar os critérios de definição e os conceitos utilizados na língua inglesa para esse evento clínico, devido principalmente aos estigmas psicológicos, sociais e legais inerentes ao termo “aborto”. Dessa maneira, a palavra “abortamento” (*abortion*) deve ser substituída pela expressão “perda gestacional” (*miscarriage*)<sup>1,9,12,14-16</sup>(D).

Mais recentemente, a Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Endocrinologia (ESHRE), junto com o RCOG, sugerem que termos mais específicos caracterizados pelos achados clínicos e ultrassonográficos sejam introduzidos na classificação da doença<sup>9,12,15,16</sup>(D) (Tabela 2).

## Perspectivas terapêuticas das perdas gestacionais

### Conduta ativa cirúrgica

Historicamente, acreditava-se que todas as perdas gestacionais deviam ser consideradas incompletas e que as complicações potenciais da retenção do tecido placentário justificavam a evacuação cirúrgica em todos os casos. Assim, a técnica de dilatação e curetagem instituída desde o século 19 tem sido o tratamento recomendado para reduzir complicações como a perda sanguínea e a infecção<sup>2,13</sup>(D,A). Essa prática não tem mudado muito no último século principalmente nos países em desenvolvimento, onde apesar da existência do vácuo aspirador, seu uso é baixo devido ao custo do equipamento.

O uso do vácuo aspirador é habitual até a 12ª semana de gestação<sup>12</sup>(D). Porém, a recomendação do RCOG para o tratamento de gestações menores que a 7ª semana é evitá-lo, por ter 3 vezes maior risco de falha no esvaziamento do útero. No Brasil, a terapêutica sugerida pelo ministério da saúde até a 12ª semana de gestação é a evacuação intrauterina de produtos gestacionais retidos (EIPGR) por vácuo-aspiração seguida ou não de dilatação e curetagem<sup>6</sup>(D).

O procedimento de EIPGR envolve dilatação do colo uterino para permitir o acesso e instrumentação da cavidade endometrial com a seguida remoção do produto gestacional por aspiração ou por curetagem<sup>2,4</sup>(D,A). A taxa de sucesso para ambas as técnicas cirúrgicas é de 95 a 100%. Porém, uma revisão da Cochrane relata que a aspiração é mais rápida, menos dolorosa, mais segura e tem menos perda de volume sanguíneo do que a curetagem<sup>13</sup>(A).

As principais vantagens da conduta cirúrgica são: baixa probabilidade de reintervenção, diminuição do tempo de trata-

mento, diminuição da perda sanguínea, diminuição da dor e a notável preferência pelas pacientes por esse tratamento. Dentre as desvantagens e complicações mais significativas da conduta cirúrgica estão: necessidade de anestesia para procedimento invasivo, risco de perfuração uterina, de lesão do colo uterino, de aderências uterinas e sinéquias pós-procedimento, de desenvolver síndrome de Asherman e de infecção pélvica pós-operatória. A incidência de morbidade secundária para ambas as técnicas é 2,1% e de mortalidade 0,5% para cada 100 mil procedimentos realizados<sup>1-2,4,13,16</sup>(D,A).

Há algumas considerações especiais a serem feitas perante a conduta cirúrgica, como a necessidade de tratamento antibiótico, a necessidade de imunoglobulina anti-D, o uso concomitante de ocitócicos durante o procedimento e o antecedente de cicatriz uterina. A sugestão do RCOG é realizar uma análise individual de cada caso em particular para definir esses critérios<sup>1</sup>(D).

### Conduta ativa farmacológica

A conduta ativa farmacológica é a preferida por cerca de 20% das pacientes e na atualidade há forte evidência científica a favor do uso dos análogos das prostaglandinas como método aceitável, efetivo e seguro para conseguir a evacuação uterina nas pacientes que demandam atenção por perda gestacional<sup>17,18</sup>(A).

**Tabela 1** - Definições clássicas dos diferentes tipos de Aborto

Tipo de Aborto	Definição
Ameaça de aborto ( <i>threatened abortion</i> )	Sangramento vaginal com orifício cervical fechado e gestação intrauterina intacta
Aborto inevitável ( <i>inevitable abortion</i> )	Sangramento vaginal com orifício cervical pérvio em gestação intrauterina
Aborto incompleto ( <i>incomplete abortion</i> )	Expulsão parcial do conceito gestacional com permanência de sangramento e orifício cervical pérvio
Aborto completo ( <i>complete abortion</i> )	Sangramento vaginal abundante com eliminação total do conceito gestacional
Aborto retido ( <i>missed abortion</i> )	Retenção do conceito gestacional morto por mais de 8 semanas

**Tabela 2** - Classificação das perdas gestacionais e seus achados ultrassonográficos. Adaptado de Farquharson et al. e RCOG<sup>12,1</sup>(D)

Termo	Definição	Crítérios ecográficos
Perda gestacional bioquímica ( <i>biochemical pregnancy loss</i> )	Teste positivo para gravidez seguido de teste negativo sem ter realizado avaliação ecográfica	Sem avaliação ecográfica
Saco gestacional vazio ( <i>empty sac</i> )	Saco gestacional sem estruturas embrionárias ou, Saco gestacional com estruturas embrionárias, mas sem atividade cardíaca	Saco gestacional com diâmetro médio >20mm sem embrião visível
Perda embrionária/fetal ( <i>embryo/fetal loss</i> )	Perda da atividade cardíaca em embrião ou feto cuja avaliação ecográfica prévia evidenciava atividade cardíaca presente	Embrião com CCN > 6mm sem atividade cardíaca ou, Ausência de atividade cardíaca em embrião ou feto com avaliação ecográfica prévia com atividade cardíaca presente
Perda gestacional precoce ( <i>early pregnancy loss</i> )	Saco gestacional vazio até a semana 12 de gestação Gestação intrauterina com perda da atividade cardíaca	Saco gestacional com diâmetro médio >20mm sem embrião visível em avaliações sucessivas após uma semana Ausência de atividade cardíaca em embrião ou feto com avaliação ecográfica prévia com atividade cardíaca presente
Perda gestacional retida ( <i>missed miscarriage</i> )	Saco gestacional vazio até a semana 12 de gestação Gestação intrauterina com perda da atividade cardíaca Ausência de aumento no CCN em avaliações sucessivas após uma semana	Embrião com CCN > 6mm sem atividade cardíaca em avaliações sucessivas após uma semana, Ausência de atividade cardíaca em embrião ou feto com avaliação ecográfica prévia com atividade cardíaca presente Saco gestacional com diâmetro médio >20mm sem embrião visível em avaliações sucessivas após uma semana
Perda gestacional tardia ( <i>late pregnancy loss</i> )	Ausência da atividade cardíaca em gestação > 12 semanas	Ausência de atividade cardíaca em feto com avaliação ecográfica prévia com atividade cardíaca presente
Perda gestacional completa ( <i>complete miscarriage</i> )	Teste de gravidez positivo com rápida e progressiva negatificação associado com útero vazio	Imagem de útero vazio com avaliação ecográfica prévia que evidenciou saco gestacional (com ou sem embrião)
Perda gestacional incompleta ( <i>incomplete miscarriage</i> )	Persistência de imagens ecogênicas na cavidade endometrial em avaliações ecográficas após perda gestacional com OCE aberto	Imagens ecogênicas heterogêneas na cavidade endometrial na avaliação ecográfica transvaginal

CCN: comprimento crânio-nádegas.

As apresentações mais conhecidas são misoprostol, gameprost e dinoprostone. Seu uso está indicado nos casos de perda gestacional incompleta, perda gestacional inevitável e perda gestacional retida, com taxas de sucesso para evacuação uterina entre 66 a 99, 80 e 92%, respectivamente<sup>5</sup>(D).

As contraindicações formais para o uso dos análogos das prostaglandinas (especificamente para o misoprostol) são: alergia ao misoprostol, instabilidade hemodinâmica, suspeita de gestação ectópica, doença pulmonar obstrutiva crônica, coagulopatia, porfiria e uso concomitante de Dispositivo Intra-Uterino-DIU<sup>5</sup>(D).

Vários estudos clínicos têm comparado os diferentes protocolos de uso dos análogos das prostaglandinas, das vias de administração e das doses. Os resultados demonstraram que as apresentações misoprostol e gameprost podem ser administradas em doses únicas ou subdivididas, e que o misoprostol não tem diferença significativa quando administrado por via oral, sublingual ou vaginal<sup>4-5</sup>(A,D).

As principais vantagens da conduta ativa farmacológica são: a redução de custos, ausência de risco anestésico ou cirúrgico, tempo de tratamento mais curto do que a conduta expectante. As principais desvantagens desse tratamento são: necessidade de suporte analgésico, tempo maior de sangramento, efeitos gastrointestinais indesejáveis (náuseas, vômitos e diarreia), incerteza do tempo de tratamento, risco de necessidade de evacuação cirúrgica por fracasso na evacuação ou por complicação emergencial (ruptura uterina)<sup>2,5</sup>(D).

## Conduta expectante

O tratamento expectante baseia-se na espera pela eliminação espontânea dos produtos gestacionais retidos no útero e é considerado aceitável e eficaz para aquelas pacientes que optam por uma alternativa à conduta ativa. Sua taxa de sucesso varia entre 80 e 94% para perdas gestacionais incompletas e valores entre 28 e 76% para perdas gestacionais retidas<sup>1-2</sup>(D).

Devido à imprevisível evolução do tratamento expectante, adequada orientação e informação da paciente são necessárias, além de infraestrutura de suporte e seguimento. Esse acompanhamento pode ser mantido o tempo necessário até a eliminação completa do conceito gestacional, enquanto não exista suspeita ou evidência de complicação clínica (processo infeccioso associado) ou até quando a paciente quiser continuar esperando a eliminação espontânea sem ultrapassar oito semanas. Durante o seguimento, é de grande importância a disponibilidade de ultrassonografia<sup>1-2</sup>(D).

Em vários estudos clínicos, tem-se observado que a ampla faixa de porcentagem de sucesso obedece às diferentes caracte-

rísticas individuais no início do tratamento. Dentre eles: o tipo do abortamento, o tempo de acompanhamento e as imagens observadas na avaliação ecográfica inicial. As principais vantagens da conduta expectante são: ausência de risco anestésico ou cirúrgico e sensação de controle da situação por parte da paciente. As principais desvantagens são: tempo de tratamento imprevisível, volume maior de perda sanguínea, dor e risco de necessidade de procedimento cirúrgico (por fracasso ou emergencial)<sup>1,13,19</sup>(D,A).

Na revisão da Cochrane, que comparou a eficácia e segurança do tratamento expectante *versus* o tratamento cirúrgico, a qual incluiu cinco estudos com uma amostra total de n=689, observou-se que a conduta expectante apresentou maior probabilidade de ter aborto incompleto, necessidade de evacuação cirúrgica não planejada e hemorragia. Por outro lado, a evacuação cirúrgica se associou com risco significativamente maior de infecção<sup>13</sup>(A).

## Materiais e métodos

### Estratégia de busca

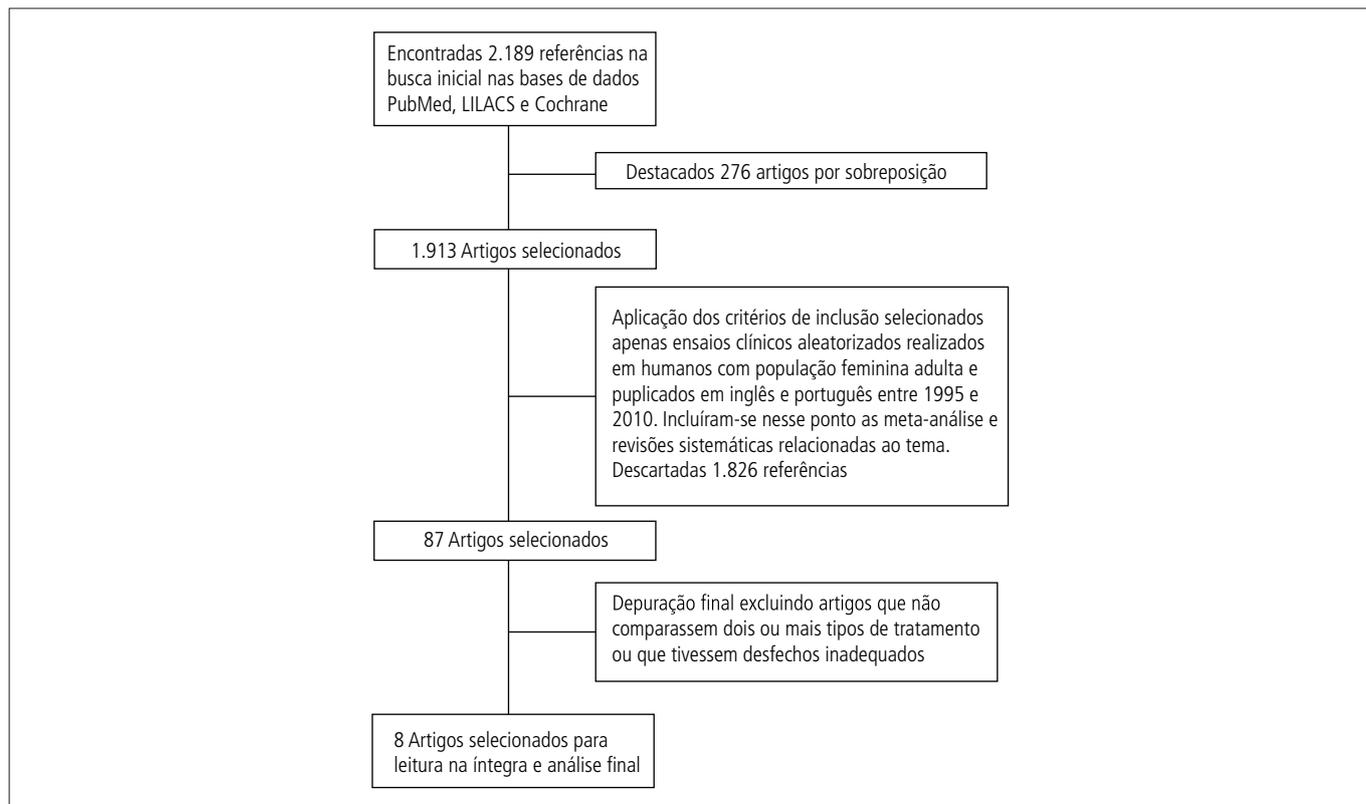
Para o desenvolvimento desta revisão foi realizada uma ampla pesquisa na literatura científica disponível durante o período de abril e maio de 2010. Os estudos foram identificados e selecionados utilizando as referências obtidas nas diferentes bases de dados consultadas nos *sites* de busca eletrônica: PubMed-MedLine, SciELO-LILACS e *Central Cochrane*. Foram incluídos, ainda, artigos obtidos por meio de referências bibliográficas de revisões sobre o tema.

As estratégias de busca foram adaptadas para cada base de dados utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (Decs): “*Abortion*”, “*Abortion, incomplete/spontaneous/therapy/terminology/drug\*therapy/surgery/missed/habitual/classification/induced/methods/diagnosis*”, “*Dilatation and curettage/methods, Pregnancy trimester, first, Pregnancy, complications/outcome/infectious/therapy, Misoprostol, therapeutic use/dosage/administration/adverse effects*”, “*Ultrasonography*”, “*Treatment outcome*”, “*Vacuum, curettage/adverse effects/methods/instrumentation*”, “*Uterine hemorrhage*”, “*Cervical ripening*”, “*Prostaglandins, synthetic/administration/dosage/effects*”, “*Human*”, “*Adult*” e “*Female*”.

A busca foi realizada por dois revisores distintos (FJAC e LABM), que leram os resumos ou, na falta destes, os textos completos dos artigos que foram encontrados, de forma a selecioná-los para inclusão na revisão sistemática.

### Crítérios de inclusão

As referências foram filtradas com os seguintes limites: ensaios clínicos aleatorizados realizados em humanos com população



**Figura 1** - Fluxograma para busca de estudo.

feminina adulta e publicados em inglês e/ou português entre 1995 e 2010. Incluíram-se nesse ponto meta-análise e revisões sistemáticas relacionadas ao tema.

Foram definidos critérios de inclusão para população: mulheres com perda gestacional retida ou incompleta (<14 semanas) com ecografia evidenciando conteúdo intrauterino sem atividade cardíaca. As intervenções foram estabelecidas como as comparações dos tratamentos expectante, farmacológico e cirúrgico em diferentes combinações, respeitando a aleatorização dos grupos.

Revisões narrativas, editoriais e relatos de caso foram usados apenas como embasamento científico para aprimorar o conhecimento sobre o assunto.

### Extração de dados

A seleção dos artigos foi realizada por dois revisores distintos. Os critérios de elegibilidade foram independentemente determinados pelos revisores; em caso de desacordo um terceiro revisor determinava a decisão final sobre os estudos.

Para definir que artigos ofereceriam informação relevante, foi realizada a classificação do grau de recomendação e força de evidência de acordo com o Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira do Conselho Federal de Medicina (AMB/CFM).

### Definição do desfecho

No desfecho primário foi avaliada a ausência de tecido intrauterino após o tratamento, isto é, a eficácia do tratamento para completar o esvaziamento uterino.

Outras situações como dor, sangramento genital, infecção pélvica e necessidade de evacuação cirúrgica não planejada, foram consideradas resultados secundários.

### Resultados

Foram encontrados 2.189 artigos nas 3 bases de dados (Medline, Cochrane e LILACS), um revisor analisou os títulos e resumos, identificando a sobreposição de 276 artigos, sendo estes descartados.

Para os 1.913 artigos restantes foram aplicados os critérios de inclusão resultando um grupo de 87 artigos dos quais foram lidos os resumos e, se necessário, o texto completo, visando depurar o grau de recomendação e a força da evidência (Figura 1).

A busca foi finalizada com a escolha de oito estudos: Nielsen and Hahlin<sup>20</sup>(A) n=155, de Jonge et al.<sup>21</sup>(A) n=50, Johnson et al.<sup>3</sup>(A) n=29, Chung et al.<sup>19</sup>(A) n=635, Wieringa-de Waard et al.<sup>8</sup>(A) n=122, Demetroulis et al.<sup>11</sup> (A) n=80, Shelley et al.<sup>10</sup>

**Tabela 3** - Estudos incluídos na revisão com a porcentagem de sucesso do tratamento

Estudo - Autor	Tipo de paciente	Critérios de retenção gestacional	Tratamentos comparados	Sucesso do tratamento (%)			Valor de p
				Expectante	Médico	Cirúrgico	
Nielsen and Hahlin <sup>20</sup> (A)	PG inevitável e incompleta	SG: 15-20 mm	Expectante <i>versus</i> cirúrgico	81/103 (79)		52/52 (100)	>0,5
de Jonge et al. <sup>21</sup> (A)	PG Incompleta	Altura uterina <14 semanas	Médico <i>versus</i> cirúrgico		3/23 (13)	26/27 (96)	>0,05
Johnson et al. <sup>3</sup> (A)	PG retida ou Incompleta	Não relatado	Médico <i>versus</i> cirúrgico		17/17 (100)	12/12 (100)	>0,5
Chung et al. <sup>19</sup> (A)	PG retida e incompleta	Reação decidual >5 cm transversal >6 cm axial	Médico <i>versus</i> cirúrgico		162/321 (50)	308/314 (98)	<0,05
Wieringa de Waard et al. <sup>8</sup> (A)	PG retida e incompleta	SG >15 mm sem embriocardia	Expectante <i>versus</i> cirúrgico	30/64 (46)		55/58 (95)	<0,001
Demetroulis et al. <sup>11</sup> (A)	PG incompleta e retida	CCN >6mm e SG > 20mm sem embriocardia	Médico <i>versus</i> cirúrgico		33/40 (82)	40/40 (100)	0,005
VICMIST Trial Shelley et al. <sup>10</sup> (A)	PG inevitável ou incompleta	Não relatado	Expectante <i>versus</i> medico <i>versus</i> cirúrgico	12/14 (86)	8/10 (80)	11/11 (100)	0,21 0,49
MIST Trial Trinder et al. <sup>4</sup> (A)	PG precoce ou incompleta	CCN >6mm e SG > 20mm sem embriocardia	Expectante <i>versus</i> medico <i>versus</i> cirúrgico	221/398 (56)	256/398 (64)	378/402 (94)	

PG: perda gestacional; SG: saco gestacional; CCN: comprimento crânio-nádegas.

(A) n=35 e Trinder et al.<sup>4</sup>(A) n=1.198. Com uma amostra total de n= 2.304 para a redação desta revisão (Tabela 3).

### Sucesso do tratamento

Nielsen e Hahlin, em 1995, observaram sucesso de 100% no esvaziamento uterino para tratamento cirúrgico apresentando uma taxa de complicações de 11%. Enquanto no grupo expectante a taxa de sucesso foi de 79%, precisando fazer esvaziamento cirúrgico em 22 pacientes (21%)<sup>20</sup>(A).

De Jonge et al., em 1995, utilizaram em sua experiência misoprostol em dose única de 400 µg por via oral, observando uma eficácia reduzida no tratamento farmacológico (13%). Dessa maneira não foi possível a confirmação da eficácia e os benefícios da intervenção com misoprostol (dose única por via oral)<sup>21</sup>(A). Estudos posteriores, que mudaram o desenho da pesquisa para doses repetidas do medicamento e outras vias de administração, obtiveram melhores resultados comprovando a eficácia do tratamento farmacológico<sup>3</sup>(A).

No trabalho de Johnson et al., em 1997, o sucesso para o esvaziamento foi de 100% para as duas populações estudadas<sup>3</sup>(A). Enquanto no estudo de Chung et al., de 1999, a eficácia para o tratamento cirúrgico foi de 98% e para o tratamento farmacológico foi de 50%<sup>19</sup>(A).

Wieringa-de Waard et al., em 2002, estudando 122 pacientes observaram 46% de sucesso com tratamento expectante (30/64) e 95% de sucesso com tratamento cirúrgico (55/58)<sup>8</sup>(A).

Na pesquisa de Demetroulis houve sucesso em 82% dos casos com tratamento expectante e 100% nos casos de tratamento cirúrgico<sup>11</sup>(A).

Finalmente o VICMIST, trabalho que comparou as três medidas terapêuticas propostas, obteve as seguintes taxas de sucesso: tratamento expectante 86%, tratamento médico 80% e cirúrgico de 100%<sup>10</sup>(A).

### Sangramento

Os critérios de avaliação do sangramento variaram muito entre os estudos. Quando mencionados, foram referidos como média de dias de sangramento, quantidade de sangramento, diferenças no nível de hemoglobina ou necessidade de transfusão.

O grupo de tratamento expectante apresentou hemorragia significativamente maior que o grupo de tratamento cirúrgico. No trabalho de Nielsen a média foi maior 1,3 dias para o grupo expectante perante o grupo cirúrgico<sup>20</sup>(A). Enquanto Wieringa-de Waard observou uma média de 17 dias de sangramento para o grupo de conduta expectante contra 13 dias em média para o grupo cirúrgico<sup>8</sup>(A).

Quando comparados os tratamentos farmacológico e cirúrgico, houve maior sangramento no grupo farmacológico. Johnson *et al.* observaram uma média de dias de sangramento maior para as pacientes alocadas no grupo de tratamento médico, resultado que foi similar para Chung *et al.* que observaram uma queda maior no nível de hemoglobina nas pacientes do grupo de tratamento farmacológico (1,2 g/dL;  $p=0,06$ )<sup>3,19</sup>(A).

### Necessidade de procedimento cirúrgico adicional

Dos estudos que compararam tratamento cirúrgico *versus* expectante, dois estudos referiram a necessidade de procedimentos adicionais para o esvaziamento uterino. No estudo de Wieringa-de Waard *et al.*, três pacientes do grupo cirúrgico (5,2%) precisaram de uma segunda curetagem, enquanto no estudo de Nielsen *et al.* a porcentagem de complicações foi de 11% para o grupo de tratamento cirúrgico, precisando de um segundo procedimento por persistência de conteúdo intrauterino em uma das pacientes<sup>8,20</sup>(A).

No VICMIST, que comparou os três tratamentos simultaneamente, houve apenas duas pacientes do grupo de tratamento médico (16,6%) que precisaram de curetagem por retenção de material intrauterino<sup>10</sup>(A).

### Infecção pélvica

Chung *et al.* apresentaram nos seus resultados infecção pélvica em 10 casos no grupo de tratamento cirúrgico (3,1%) e nove no grupo de tratamento farmacológico (2,8%). No trabalho de Wieringa-de Waard *et al.* houve dois casos de infecção pélvica no grupo cirúrgico (1,1%)<sup>8,19</sup>(A).

O trabalho MIST realizado por Trinder *et al.* avaliou 1.198 mulheres alocadas em três grupos (398 expectante, 398 farmacológico e 402 cirúrgico) tendo como objetivo principal observar a evolução de infecção ginecológica durante os 14 dias seguintes ao início do tratamento. Os resultados não evidenciaram diferença significativa entre os grupos comparados (expectante-cirúrgico e farmacológico-cirúrgico) sendo que, para o grupo cirúrgico houve 2,98% de infecção pélvica, para o grupo expectante 2,76% e para o grupo farmacológico 2,26%<sup>4</sup>(A).

### Dor

No trabalho de Johnson *et al.* houve maior percepção da dor no tratamento farmacológico quando comparado ao cirúrgico, devido principalmente a que o esvaziamento cirúrgico foi realizado sob anestesia, enquanto no tratamento farmacológico as pacientes apresentaram percepção das contrações uterinas<sup>3</sup>(A).

Chung *et al.* observaram maior demanda de analgésicos nas pacientes alocadas no grupo de tratamento farmacológico perante o grupo de pacientes tratadas cirurgicamente. Resultados similares foram observados no trabalho de Demetroulis *et al.*<sup>19,11</sup>(A).

Nos resultados do trabalho de Wieringa-de Waard a média de dias com dor após o tratamento foi de 14 dias para o grupo expectante *versus* 11 dias para o grupo cirúrgico<sup>8</sup>(A).

## Conclusões

Sendo a perda gestacional a complicação mais comum da gestação, é de relevante importância a geração de condutas padronizadas para o seu tratamento visando melhorar a eficácia, diminuir os riscos de complicação e levar em consideração as preferências da paciente.

Para o tratamento da perda gestacional retida, não há na literatura estudos clínicos aleatorizados que avaliem de maneira específica esse quadro clínico, porém a evidência disponível permite a aplicação de terapêuticas compatíveis à perda gestacional do primeiro trimestre.

O tratamento da perda gestacional pode ser abordado de maneira expectante, farmacológica ou cirúrgica, e sempre que possível, a escolha de uma das três opções deve ser oferecida para as pacientes.

A eficácia do tratamento expectante depende do tempo de gestação, do tipo de perda gestacional, do tempo de seguimento e das características do material visualizado na avaliação ecográfica inicial. No início das pesquisas sobre o assunto, havia na literatura discrepâncias entre a eficácia do tratamento expectante, isso devido às diferenças nos métodos e na seleção de pacientes dos primeiros estudos. Atualmente os trabalhos demonstram, de maneira homogênea e constante, eficácia maior que 90%.

O tratamento cirúrgico mantém a melhor eficácia para o esvaziamento uterino (100%), porém sua utilização não diminui o risco de infecção pélvica quando comparado às alternativas terapêuticas. Na evidência atual o risco de infecção pélvica é similar para os três tratamentos estabelecidos.

Os critérios de sangramento e dor foram amplamente maiores para as pacientes que receberam tratamento expectante e farmacológico quando comparados com as pacientes que foram alocadas para tratamento cirúrgico.

Sugere-se fortemente a adoção e o uso da nomenclatura clínico-ecográfica (Tabela 2) para a redação e citação na literatura dos casos de perda gestacional.

## Leituras suplementares

1. Royal college of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The management of Early Pregnancy Loss; 2006; Guideline No. 25.
2. Sur SD, Raine-Fenning NJ. The management of miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23(4):479-91.
3. Johnson N, Priestnall M, Marsay T, Ballard P, Watters J. A randomised trial evaluating pain and bleeding after a first trimester miscarriage treated surgically or medically. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1997;72(2):213-5.
4. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, Read M, Vyas S, Smith L. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ.* 2006;332(7552):1235-40.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 427: Misoprostol for postabortion care. *Obstet Gynecol.* 2009;113(2 Pt 1):465-8.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção Humanizada ao Abortamento: Norma Técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
7. Petrou S, McIntosh E. Women's preferences for attributes of first-trimester miscarriage management: a stated preference discrete-choice experiment. *Value Health.* 2009;12(4):551-9.
8. Wieringa-de Waard M, Vos J, Bonsel GJ, Bindels PJ, Ankum WM. Management of miscarriage: a randomized controlled trial of expectant management versus surgical evacuation. *Hum Reprod.* 2002;17(9):2445-50.
9. Bottomley C, Bourne T. Diagnosing miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23(4):463-77.
10. Shelley JM, Healy D, Grover S. A randomised trial of surgical, medical and expectant management of first trimester spontaneous miscarriage. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2005;45(2):122-7.
11. Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, Naftalin AA. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Hum Reprod.* 2001;16(2):365-9.
12. Farquharson RG, Jauniaux E, Exalto N; ESHRE Special Interest Group for Early Pregnancy (SIGEP). Updated and revised nomenclature for description of early pregnancy events. *Hum Reprod.* 2005;20(11):3008-11.
13. Nanda K, Peloggia A, Grimes D, Lopez L, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006(2):CD003518.
14. Grimes DA, Stuart G. Abortion jabberwocky: the need for better terminology. *Contraception.* 2010;81(2):93-6.
15. Hutchon DJ. Understanding miscarriage or insensitive abortion: time for more defined terminology? *Am J Obstet Gynecol.* 1998;179(2):397-8.
16. Cameron MJ, Penney GC. Terminology in early pregnancy loss: what women hear and what clinicians write. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2005;31(4):313-4.
17. Kaunitz AM, Rovira EZ, Grimes DA, Schulz KF. Abortions that fail. *Obstet Gynecol.* 1985;66(4):533-7.
18. Forna F, Gülmezoglu AM. Surgical procedures to evacuate incomplete abortion. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001(1):CD001993.
19. Chung TK, Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chang AM. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertil Steril.* 1999;71(6):1054-9.
20. Nielsen S, Hahlin M. Expectant management of first-trimester spontaneous abortion. *Lancet.* 1995;345(8942):84-6.
21. de Jonge ET, Makin JD, Manefeldt E, De Wet GH, Pattinson RC. Randomised clinical trial of medical evacuation and surgical curettage for incomplete miscarriage. *BMJ.* 1995;311(7006):662.