



## Os aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos de uma gestação ectópica gemelar

Clinical, diagnostic and therapeutic aspects of a twin ectopic pregnancy

Aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de un embarazo ectópico gemelar

Maria Fernanda Pereira Soares<sup>1</sup>, Ana Luiza Evangelista Soares<sup>1</sup>, Elson Rezende Cardoso Lima<sup>1</sup>, Hozana Marins de Araújo<sup>1</sup>, Renan Melo Lima<sup>1</sup>, Vanessa Silva Teles<sup>1</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Relatar um caso de gravidez ectópica gemelar, abordando aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos, a fim de trazer informações pertinentes para a comunidade científica.

**Detalhamento de Caso:** Paciente G4P0A3, 32 anos, com 11 semanas e 5 dias de gestação, da entrada em emergência apresentando sangramento vaginal, dor em baixo ventre e mal-estar. Após dois dias de internação, exame de Beta HCG apresentou valor superior a 10.000 mIU/mL e ultrassonografia transvaginal revelou uma formação cística complexa anexial esquerda, periovariana, que frente ao contexto, indicou prenhez ectópica. Além disso, foi realizado, exame complementar de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), que confirmou diagnóstico de sífilis. No dia seguinte, a paciente foi submetida a laparotomia, seguida de ressecção da gravidez ectópica e salpingectomia à direita onde se confirmou gravidez ectópica gemelar.

**Considerações finais:** Este caso destaca a importância do diagnóstico precoce, de um manejo clínico adequado e do tratamento cirúrgico em contextos graves para reduzir complicações/mortalidade e garantir um melhor prognóstico para as pacientes afetadas. A combinação de sintomas, como dor abdominal e sangramento vaginal, com exames complementares, como Beta HCG e ultrassonografia transvaginal, é fundamental para a identificação e tratamento eficaz.

**Palavras-chave:** Gravidez ectópica, Relatos de casos, Gravidez heterotópica, Gravidez tubária.

### ABSTRACT

**Objective:** To report a case of twin ectopic pregnancy, addressing epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic aspects, in order to bring relevant information to the scientific community. **Case Detail:** Patient G4P0A3, 32 years old, with 11 weeks and 5 days of gestation, arrived at the emergency room with vaginal bleeding, lower abdominal pain and malaise. After two days of hospitalization, a Beta HCG test showed a value greater than 10,000 mIU/mL and a transvaginal ultrasound revealed a complex cystic formation in the left adnexal, periovarian region, which, given the context, indicated an ectopic pregnancy. In addition, a complementary Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) test was performed, which confirmed the diagnosis of syphilis. The next day, the patient underwent laparotomy, followed by resection of the ectopic pregnancy and right salpingectomy, which confirmed the twin ectopic pregnancy. **Final considerations:** This case highlights the importance of early diagnosis, appropriate clinical management and surgical treatment in severe cases to reduce complications/mortality and ensure a better prognosis for affected patients. The combination of symptoms, such as abdominal pain and vaginal bleeding, with complementary tests, such as beta hCG and transvaginal ultrasound, is essential for identification and effective treatment.

**Keywords:** Ectopic pregnancy, Case reports, Heterotopic pregnancy, Tubal pregnancy.

<sup>1</sup> Universidade Evangélica de Goiás (uniEVANGÉLICA), Anápolis-GO.

## RESUMEN

**Objetivo:** Reportar un caso de embarazo ectópico gemelar, abordando aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos, con el fin de acercar información pertinente a la comunidad científica. **Detalle del Caso:** Paciente G4P0A3, 32 años, 11 semanas y 5 días de embarazo, ingresó a urgencias presentando sangrado vaginal, dolor en abdomen bajo y malestar general. Luego de dos días de internación, un test de Beta HCG mostró un valor mayor a 10.000 mUI/mL y una ecografía transvaginal reveló una formación quística compleja en el aneal izquierdo, perovariano, que, dado el contexto, indicaba embarazo ectópico. Además, se realizó un examen complementario por el Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas (VDRL), que confirmó el diagnóstico de sífilis. Al día siguiente, la paciente fue sometida a laparotomía, seguida de resección del embarazo ectópico y salpingectomía derecha, donde se confirmó un embarazo ectópico gemelar. **Consideraciones finales:** Este caso resalta la importancia del diagnóstico precoz, el manejo clínico adecuado y el tratamiento quirúrgico en contextos graves para reducir las complicaciones/mortalidad y asegurar un mejor pronóstico de los pacientes afectados. La combinación de síntomas, como dolor abdominal y sangrado vaginal, con pruebas adicionales, como beta hCG y ecografía transvaginal, es fundamental para la identificación y el tratamiento eficaz.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico, Informes de casos, Embarazo heterotópico, Embarazo tubárico.

## INTRODUÇÃO

Gravidez ectópica é o termo utilizado para a implantação de um blastocisto fora da cavidade uterina, mais frequentemente nas tubas uterinas (cerca de 95% dos casos), seguida pelos ovários (3,2%) e abdômen (1,3%), há outras localizações mais raras, como a região cervical (0,15%), cicatriz de cesárea (1 em 1800 casos) e o interstício (2,5%) (LAMUWALLA M, et al., 2025). Geralmente o óocito e o espermatozoide se encontram na parte ampular da trompa de Falópio, onde a fecundação acontece, assim, após o zigoto obter a forma de mórula, essa se move lentamente em direção à cavidade uterina para sua implantação enquanto se diferencia em embrioblasto e trofoblasto. Entretanto, devido a fatores que podem ir desde a falta de mobilidade dos cílios na tuba até fatores desconhecidos, o embrião pode se implantar fora da região uterina, caracterizando a gravidez ectópica (ALKATOUT I et al., 2013). Além do mais, embora os fatores de risco para essa condição sejam amplamente conhecidos, como histórico de cirurgia tubária (como laqueadura), cirurgias abdominais, cistectomia ovariana, uso de reprodução assistida, endometriose, anomalias congênitas tubárias, histórico de abortos, tabagismo, gravidez ectópica prévia, idade materna avançada (acima de 35 anos), infertilidade, uso de dispositivos intrauterinos (DIU), infecção genital e histórico de doença inflamatória pélvica, sua etiologia ainda permanece incerta (SAIF M, et al., 2024).

Aproximadamente 15 a 20% das pacientes que chegam ao pronto-socorro com sangramento vaginal e dor abdominal são diagnosticadas corretamente com gravidez ectópica (JEFFERS K, et al., 2024). Essa condição é uma causa significativa de morbidade e mortalidade entre mulheres em idade reprodutiva, correspondendo a cerca 75% da mortalidade precoce na gravidez e cerca de 8% das mortes maternas globalmente (CHONG KY, et al., 2023). Além disso, fatores étnicos influenciam o diagnóstico e o prognóstico, com mulheres de minorias étnicas apresentando maiores taxas de complicações, necessitando de mais transfusões, histerectomias e internações prolongadas, e uma taxa de mortalidade de 4,8%, em comparação a 1,9% em mulheres brancas (JEFFERS K, et al., 2024).

Entre os casos de gravidez ectópica, a gestação ectópica gemelar é extremamente rara, ocorrendo em 1 a cada 20.000 casos, e geralmente localizada nas tubas uterinas (LOMBARDI W, et al., 2023). Para o diagnóstico precoce, os métodos mais utilizados incluem a análise dos sinais e sintomas clássicos (Dor abdominal baixa, amenorreia e sangramento vaginal), a dosagem quantitativa do hormônio gonadotrofina coriônica humana (Beta hCG) e a ultrassonografia transvaginal (US- TV) (SAMHA R, et al., 2023). Neste relato, o objetivo é discutir um raro caso de gravidez ectópica gemelar, abordando seus aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos, esperamos com isso trazer informações pertinentes para a comunidade científica.

## DETALHAMENTO DO CASO

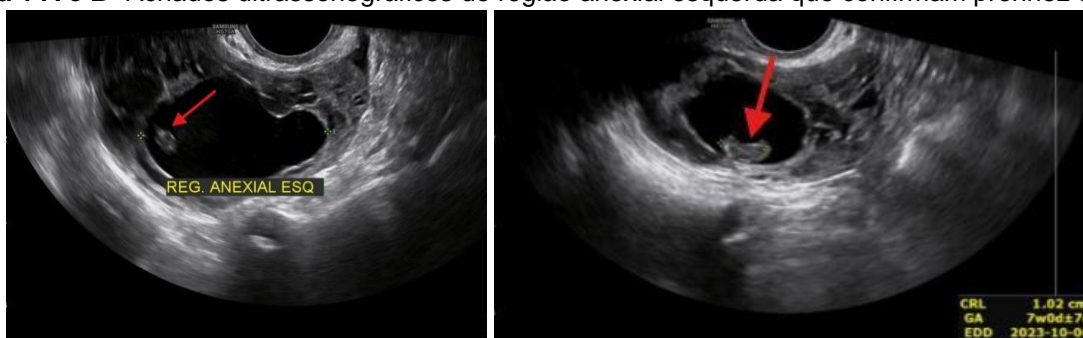
Este estudo de caso foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UniEVANGÉLICA) (Parecer 7.228.063 e CAAE 84716824.4.0000.5076), tendo a concordância do paciente por meio da assinatura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Carta circular 166/2018 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Paciente G4P0A3, sexo feminino, 32 anos, com 11 semanas e 5 dias de gestação (DUM em 23/11/2023), procurou atendimento em fevereiro de 2023 em um hospital municipal, apresentando sangramento vaginal, dor em baixo ventre e mal-estar. Ao exame de toque vaginal, observou-se colo uterino grosso, posterior e fechado, com grande quantidade de sangue. Dois dias após o ocorrido a paciente foi encaminhada a uma unidade especializada, onde foi levantada a suspeita de gravidez ectópica. Exames iniciais realizados na unidade revelaram Beta HCG de 3.737,36 mUI/mL, ultrassonografia transvaginal sem evidência de gestação ou corpo lúteo hemorrágico à esquerda, e hemograma com hemácias de 4,52 tera/L, hemoglobina de 12,69 g/dL, hematócrito de 36,9% e VCM de 81,64 u3, indicando alterações no eritrograma.

Nos exames complementares, foi realizado o teste de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL), sendo obtida a titulação de 1:8, confirmando o diagnóstico de sífilis, após isso iniciou-se o tratamento com Penicilina G benzantina 7.200.000 UI. Após dois dias de internação em unidade especializada, um segundo exame de Beta HCG foi realizado apresentando valor superior a 10.000 mUI/mL. Dois dias após isso, uma segunda ultrassonografia transvaginal revelou uma formação cística complexa anexial esquerda, periovariana, confirmando o diagnóstico de prenhez ectópica (**Figura 1 A e B**).

**Figura 1 A e B**- Achados ultrassonográficos de região anexial esquerda que confirmam prenhez ectópica.



**Fonte:** Soares MFP, et al., 2025.

No dia seguinte, a paciente foi submetida a uma cirurgia, iniciando com laparotomia e seguida de ressecção da gravidez ectópica e salpingectomia à direita onde se confirmou tratar-se de uma gravidez ectópica gemelar (**Figura 2**).

**Figura 2** - Remoção de trompa uterina íntegra com gravidez ectópica gemelar.



**Fonte:** Soares MFP, et al., 2025.



Neste caso, o histórico de três abortos espontâneos e o teste reagente para sífilis aumentaram a suscetibilidade da paciente para a gravidez ectópica. Diante dos sintomas e exames apresentados, foi realizada intervenção cirúrgica, e durante o procedimento foi constatado tratar-se de uma gravidez gemelar (**Figura 3**).

**Figura 3** - Trompa uterina evidenciando gravidez ectópica de dois embriões apontados pelas setas e círculo.



**Fonte:** Soares MFP, et al., 2025.

Dado o exposto, a cirurgia ocorreu sem intercorrências, paciente teve boa evolução no pós-operatório, recebendo alta da instituição um dia após o procedimento. Não foi identificado no prontuário a presença de acompanhamento posterior, por exemplo, amparo psicológico relacionado com o caso de gestação ectópica.

## DISCUSSÃO

Segundo um estudo analisado, a prevalência global de gravidez ectópica é de 1,4%, com mortalidade de 1 a cada 1.000 casos, sendo uma das principais causas de morte no primeiro trimestre de gestação (Yamane D, et al., 2015). Adicionalmente, nos últimos trinta anos, tem ocorrido quase que uma epidemia de gestações ectópicas, este fato se deve basicamente a maiores taxas de casos de DIP (Doença Inflamatória Pélvica), a um uso mais flexível de DIU, às microcirurgias sobre as tubas e à fertilização “in vitro” (POSSER AO, et al., 1998). Todavia, casos de gravidez ectópica tubária gemelar são ainda mais raros, com uma incidência de 1 em cada 125.000 gestações, sendo que a maioria desses casos são relatados como monocoriônicas e monoamnióticas (BERNARDES LS, et al., 2018). Porém, esses dados não contemplam todos os contextos, especialmente porque minorias étnicas apresentam maior risco de complicações devido ao diagnóstico tardio ou errôneo (EFFERS K, et al., 2024). No Brasil, entre 2000 e 2017, um hospital de Campinas-SP registrou 673 casos de gravidez ectópica, conforme o Código Internacional de Doenças (CID) de admissão ou alta (TAVARES BVG, et al., 2023). De acordo com o estudo de Bernardes LS, Lara GBO, Dávila AMFC, Afonso A. et al, 2018, o primeiro caso de gravidez ectópica gemelar registrado foi descrito por De Ott em 1891, entretanto, apenas cerca de 100 gestações de gêmeos ectópicos unilaterais foram relatadas na literatura, sendo que 95% desse total são caracterizadas como prenhez ectópica gemelar monozigótica e em torno de 10 gestações dessas cem, foram observados batimentos cardíacos.

Ademais, o estudo de Pires, JEB, Assis JB, Cunha YOC, Costa FVC, Soares JM, Valadão AF.. et al, 2020 elucida que os principais sintomas relatados pelas pacientes se baseiam em uma tríade clássica, a qual abarca sangramento vaginal, amenorreia e dor abdominal em baixo ventre, entretanto, sabe-se que a

sintomatologia pode ser discreta e até ausente em alguns casos, podendo ocasionar atraso no diagnóstico e o consequente aumento da morbimortalidade materna. Por essa razão, deve-se levar em consideração também os fatores etiopatogênicos que corroboram para uma gravidez ectópica gemelar, os quais foram extraídos de dois estudos que se complementam entre si, sendo eles o estudo de Hendricks E. et al, 2020 e o de Posser AO, Posser ZBR, Gehling CR, Ortiz G, Avancini B. et al, 1998, e esses agentes causadores são basicamente todas as condições que corroboram para uma alteração anatômica das trompas, a qual pode ser acarretada pela idade maior que 35 anos, multiparidade, uso de cigarro, patologia falópica documentada, uso de pílula do dia seguinte, infertilidade, doença inflamatória pélvica, uso de DIU com progesterona, gravidez ectópica prévia e cirurgia anterior da trompa de falópio.

Em relação ao diagnóstico, conforme as leituras realizadas, denota-se que a gestação ectópica unilateral de gêmeos ainda é anedótica, apesar de sua incidência ter aumentado nos últimos anos pelo aumento do uso da técnica de reprodução assistida, isso porque sua determinação é restringida à cirurgia ou à patologia (MARTA B, et al., 2018). Somado a isso, ele pode ser feito pela ultrassonografia transvaginal (US-TV), ressonância magnética (RNM) ou cirurgicamente, adicionalmente, o beta hCG quantitativo sérico, hemograma e US-TV são fundamentais para o manejo adequado. A US-TV possui sensibilidade e especificidade de 84,4% e 98,9%, respectivamente, e é considerada o exame padrão-ouro para o diagnóstico de gravidez ectópica (JEFFERS K, et al., 2024). Entretanto, segundo o estudo de Zhao X, Zhang Z, Zhu Q, Luo Y, Ye Q, Shi S, He X, Zhu J, Zhang D, Xia W, Zhang Y, Jiang L, Cui L, Ye Y, Xiang Y, Hu J, Zhang J, Lin CP. et al, 2023, a realização de um exame não exclui a necessidade de outro, isso porque, em alguns casos a avaliação não é cautelosa, mesmo combinando com todas as informações, então a gestação é classificada como de localização desconhecida (PUL), sendo que os sinais ecográficos podem ser divididos em diretos e indiretos, em que único sinal direto é o reconhecimento de uma massa anexial não homogênea ou sólido-cística que abrange duas massas císticas de parede espessa repletas de fluido, constituídas pelos sacos gestacionais (MARTA B, et al., 2018). Além disso, destaca-se a possibilidade da realização de ressonância magnética na avaliação de gestações ectópicas raras ou complicadas, uma vez que a RNM possui benefícios adicionais na imagem multiplanar, maior resolução de contraste de tecidos moles, ausência de radiação e maior caracterização de fluidos corporais para descartar hemoperitônio (NEPAL P, et al., 2021).

Ainda sobre a identificação dessa comorbidade, a presença de um saco gestacional localizado excêntrica e perto do corno uterino, o sinal da linha intersticial (Uma linha ecogênica do endométrio ao saco gestacional) e a cobertura miometrial incompleta ao redor do saco são marcadores ultrassonográficos fundamentais na descrição da localização de gravidez intersticial (LAMUWALLA M, et al, 2025). Contudo, vale salientar, em particular, que os casos de gestações tubárias gemelares são subdiagnosticados, devido ao fato que a ultrassonografia, exame de escolha para o diagnóstico, é mais efetivo em detectar esse tipo de gravidez quando há presença de dois batimentos cardíacos, o que na maioria das vezes não é viável (PÉREZ-MARTÍN L et al., 2013). Da mesma forma, é de referir que a avaliação de dois pólos embrionários nesse exame na maioria dos casos não ocorre, dado que quando se observa um saco gestacional, não se espera encontrar outro, o que destaca a falta de tratamento formalmente estabelecido em específico para essa enfermidade (PÉREZ-MARTÍN L et al., 2013). E comparado a uma gravidez ectópica única de mesmo tamanho, a chance de ruptura para uma ectópica de gêmeos é menor, isso porque, de acordo com a pesquisa de Bernardes LS. et al, 2018, a invasão trofoblástica pode ser menor graças à menor IG (Idade Gestacional), embora o tamanho de uma gestação gemelar possa ser maior, por esse motivo, o tratamento de uma gestação ectópica gemelar não pode apenas se espelhar a de um só (MARTA B, et al., 2018).

Do mesmo modo, pelo fato de haver limitações diagnósticas no padrão atual para a determinação de gravidez ectópica, exemplificadas no estudo de Lamuwalla M, Panjwani S, Ismail A, Samji S, Kaguta M, Jaiswal S. et al, 2025, sendo que este modelo consiste em imagens de ultrassom e monitoramento de beta-gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG), mais marcadores séricos estão sendo explorados, como a activina-AB e a proteína plasmática A associada à gestação (MULLANY K et al., 2023). Também, outros métodos de diagnóstico são descritos na literatura, entre eles incluem amostragem endometrial, com dilatação e curetagem mostrando maior especificidade (MULLANY K et al., 2023). Além do mais, em relação à utilização criteriosa do exame de ultrassom transvaginal, com a presença de mapeamento do fluxo a cores, torna-se

possível que se faça em muitos casos o diagnóstico precoce de gestação ectópica, antes que a ruptura tubária aconteça, evitando que essa enfermidade uma vez acometida, seja encontrada apenas em pacientes com instalação de abdome agudo por hemoperitônio (POSSER AO, et al., 1998).

As opções de tratamento para gravidez ectópica incluem intervenções cirúrgicas, farmacológicas e abordagem expectante (TAVARES BVG, et al., 2023). Em relação às intervenções cirúrgicas, deve-se questionar o desejo da paciente sobre sua fertilidade futura, uma vez que, considera-se a salpingostomia para a preservação da trompa uterina e consequente possibilidade de gestação natural ou a salpingectomia que, geralmente, é mais indicada por diminuir a chance de uma nova gravidez tubária (HOORSHAD N, et al., 2024). Segundo Leziak, M, Zak K, Frankowska K, Ziólkiewicz A, Perczyńska W, Abramiuk M, Tarkowski R, Kulak K. et al. (2022), entre os tratamentos farmacológicos, os principais consistem no gefitinib, cuja ação se baseia no bloqueio das vias de crescimento controladas pelo receptor do fator de crescimento epidérmico (EGFR), que uma vez combinado com o metotrexato promove resultados mais promissores do que quando administrados separadamente, sendo que este último é considerado um tratamento mais conservador e vem sendo mais utilizado por poupar a fertilidade feminina (LEITE JF, et al., 2016). Por último, no que se refere à abordagem expectante, essa se mostra a mais conservadora, podendo ser considerada em pacientes que apresentam níveis de beta-HCG menor ou igual que 200 mIU/mL ou estagnados, devendo ser monitorado a cada 48 horas, sendo que em 88% dos casos, a resolução é espontânea (MULLANY K, et al., 2023).

O manejo inicial considera o estado hemodinâmico da paciente; em casos de instabilidade, como na ruptura da trompa, é necessária ressuscitação com hemoderivados e cirurgia emergencial (JEFFERS K, et al., 2024). Em casos estáveis, o tratamento com metotrexato ou salpingectomia laparoscópica é viável. Pacientes com beta hCG abaixo de 5.000mIU/mL apresentam melhor resposta ao metotrexato, mas há contraindicações rigorosas para o seu uso (JEFFERS K, et al., 2024). Adicionalmente, os casos de gestações tubárias gemelares apresentam uma zona discriminatória muito mais alta do beta hCG sérico válida para gravidez ectópica única, bem conhecida como 1.500-2.000 mIU/ml, o que é essencial na análise do médico durante seu trabalho clínico, uma vez que isso pode sugerir, mesmo que rara, uma gestação ectópica gemelar (SAMHA R, et al., 2023). A grande maioria das gestações tubárias são detectadas pelo ultrassom transvaginal, cujas sensibilidade varia de de 87% a 99% e especificidade de 94% a 99,9% (MARTA B, et al., 2018).

Devemos considerar também o estado emocional das pacientes para o devido manejo pós-tratamento. Segundo a pesquisa de (FARREN J, et al., 2020), aproximadamente mais de 40% das pacientes que perderam o bebê devido a gravidez ectópica sofreram com estresse pós-traumático ou ansiedade ou depressão. Este artigo citado também avalia a porcentagem ao longo do tempo e foi constatado que, apesar desses agravos psicológicos terem diminuído ao longo de 9 meses, uma quantidade significativamente alta de mulheres prevaleceram com eles. Sendo assim há de se considerar um acompanhamento multiprofissional para com essas pacientes, incluindo suporte psicológico ou até mesmo psiquiátrico caso seja necessário. A atenção deve ser elevada principalmente para paciente como a deste relato de caso na qual apresentou três abortos mais uma gravidez ectópica gemelar. Dessa forma, é fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para identificar sinais de sofrimento psíquico e oferecer orientações específicas a fim da melhora da saúde emocional.

Os achados neste caso chamaram a atenção em razão da paciente ter um histórico progressivo de três abortos espontâneos e outros fatores que aumentariam a chance dela de desenvolver uma gestação ectópica, como a presença de DIP (Doença Inflamatória Pélvica), que no caso foi a sífilis, e uso de cigarro. Observação semelhante presente em outros casos de gestação ectópica relatados ao decorrer deste relato. Assim, destaca-se a relevância de se abordar essa temática na área da saúde, com o intuito de se obter mais estudos relacionados e melhorar ainda mais as informações sobre os aspectos clínicos, diagnósticos epidemiológicos, ressaltando sempre a possibilidade de haver duplo implante, aprimorando, assim, as diferentes maneiras de diagnóstico de tratamento.

**REFERÊNCIAS**

1. ALKATOUT I, et al. Clinical Diagnosis and Treatment of Ectopic Pregnancy. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 2013; 68(8): 571–581.
2. BERNARDES LS, et al. Unilateral twin tubal ectopic pregnancy: Case report. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2018; 28.
3. CHONG KY, et al. A core outcome set for future research in ectopic pregnancy: an international consensus development study. *Fertility and Sterility*, 2023; 119(5): 804–812.
4. FARREN J. et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2020; 222(4):367.e1-367.e22.
5. HENDRIKS E. et al. Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician*, 2020; 101(10): 599-606.
6. HOORSHAD N. et al. Bilateral tubal ectopic pregnancy following induction ovulation can be missed in emergent ultrasonography: Case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2024; 121: 109863.
7. JEFFERS K. et al. Updates in emergency medicine: Ectopic pregnancy. *The American journal of emergency medicine*, 2024;85: 90–97.
8. LAMUWALLA M. et al. Interstitial ectopic pregnancy, a rare clinical phenomenon diagnosed asymptotically on routine work up in Tanzania: Case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2024; 126:110688.
9. LEITE JF. et al. Local management with methotrexate of cesarean scar ectopic pregnancy with live embryo guided by transvaginal ultrasound: A case report. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2016; 62(2): 184–185.
10. LEZIAK M. et al. Future Perspectives of Ectopic Pregnancy Treatment—Review of Possible Pharmacological Methods. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022; 19(21): 14230.
11. LOMBARDI W. et al. Laparotomia de urgência por gravidez gemelar tubária: um raro relato de caso. *Brazilian Journal of Health Review*, 2023;6(3):9477–83.
12. MARTA B. et al. Unilateral twin tubal pregnancy: a case report and review of the literature. *Acta Biomed*, 2018; 89(3): 423-427.
13. MULLANY K. et al. Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Women's Health*, 2023; 19(19): 174550572311603.
14. NEPAL P. et al. Utility of MRI in Management of a Rare Case of Unilateral Dichorionic-Diamniotic Twin Tubal Ectopic Pregnancy. *Current Problems in Diagnostic Radiology*, 2021; 50(4): 551–553.
15. PÉREZ-MARTÍN L. et al. Tratamiento laparoscópico de na gestación ectópica tubárica gemelar monocorial monoaminiótica espontánea. Caso clínico. *Ginecol Obstet Mex*, 2013; 81(10), p.612-5.
16. PIRES, JEB. et al. Gestação gemelar ectópica ovariana: um raro relato de caso. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, 2020; 32(1): 2317-4404.
17. POSSER AO. et al. Gravidez ectópica tubária bilateral: relato de caso. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 1998; 20(6).
18. SAIF M. et al. Rectal ectopic pregnancy: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2024; 119: 109798.
19. SAMHA R. et al. A unilateral twin ectopic pregnancy in the fallopian tube: A rare case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2023; 111: 108833.
20. TAVARES BVG. et al. Changing paradigms in the initial treatment of ectopic pregnancy at a university hospital in Brazil. *Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia: revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, 2023;45(4):192–200.
21. YAMANE D. et al. Twin ectopic pregnancy. *The Journal of emergency medicine*, 2015;48(6):13940.
22. ZHAO X. et al. Modeling human ectopic pregnancies with trophoblast and vascular organoids. *Cell Reports*, 2023; 42(6):112546.