

GESTAÇÃO ECTÓPICA EM CICATRIZ DE CESAREA PRÉVIA: UMA SERIE DE CASOS

ECTOPIC PREGNANCY IN SCARS FROM PREVIOUS CESAREA: A SERIES OF CASES

ANA CAROLINA DE PAULA VASCONCELOS¹, WALDEMAR NAVES DO AMARAL²

RESUMO

Introdução: Gestação ectópica em cicatriz de cesárea (GECC) consiste na implantação do blastocisto na intimidade do miométrio de uma cicatriz de cesariana prévia. A incidência de GECC vem aumentando em paralelo ao aumento de cesarianas e atualmente varia de 1:1800 a 1:2216 gestações. **Objetivo:** Relatar uma série de casos e seus desfechos, conhecer as características ultrassonográficas que corroboram para o diagnóstico e identificar as complicações maiores associadas, discutir sobre as formas de tratamento e relatar a evolução após a resolução do quadro. **Método:** Série de casos. **Discussão:** A melhor proposta terapêutica nos casos de GECC é a interrupção da gravidez no primeiro trimestre para prevenir as temíveis complicações inerentes à implantação miometrial do conceito (hemorragia e rotura uterina). A conduta expectante é desaconselhável e associada a elevada morbimortalidade feita de forma excepcional. Os perfis das pacientes dos casos se enquadram nos fatores de risco citados nos estudos. Todos os casos possuíam cesárea anterior e diagnóstica de gestação ectópica em cicatriz de cesárea; média de idade: 31,25 anos (29-33 anos); média de paridade (gesta): 3 (G5-G2). Desta forma, vamos ao encontro com o que a literatura cita como os principais fatores de risco. Nos casos 1 e 3 as pacientes foram tratadas através do esvaziamento uterino guiado por ultrassonografia associado ao tratamento medicamentoso. O caso 2 recebeu tratamento medicamentoso com metotrexato através de uma dose intramuscular e posteriormente, acrescido da injeção intra-saco gestacional do medicamento. E no caso 3 a paciente recebeu tratamento medicamentoso e após quadro de hemorragia foi submetida a tratamento cirúrgico com diagnóstico de acréscimo placentário através da histeroscopia. Em todos os casos as pacientes foram diagnosticadas de forma precoce, passíveis de tratamento conservador e tiveram sua fertilidade preservada. **Considerações finais:** Uma boa conduta diante da gestação ectópica em cicatriz de cesárea após diagnóstico precoce com USG e Doppler realizado por equipe experiente tem o poder de mudar o prognóstico e o futuro reprodutivo da paciente.

PALAVRAS CHAVE: GESTAÇÃO, ECTÓPICA, CESÁREA, CICATRIZ, METOTREXATO

ABSTRACT

Introduction: Ectopic pregnancy in cesarean section scar (EGCC) consists of implantation of a blastocyst in the myometrium of a scar from a previous cesarean section. The incidence of GECC has been increasing in parallel with the increase in cesarean sections and currently ranges from 1:1800 to 1:2216 pregnancies. **Objective:** To report a series of cases and their outcomes, to know the sonographic characteristics that corroborate the diagnosis and to identify the associated major complications, to discuss the forms of treatment and to report the evolution after the resolution of the condition. **Method:** Case series. **Discussion:** The best therapeutic proposal in cases of GECC is the interruption of pregnancy in the first trimester to prevent the fearful complications inherent to the myometrial implantation of the fetus (hemorrhage and uterine rupture). Expectant management is inadvisable and is associated with exceptionally high morbidity and mortality. The patient profiles of the cases fit the risk factors cited in the studies. All cases had a previous cesarean section and a diagnosis of ectopic pregnancy in a cesarean scar; mean age: 31.25 years (29-33 years); average parity (gesta): 3 (G5-G2). In this way, we meet what the literature cites as the main risk factors. In cases 1 and 3, patients were treated through ultrasound-guided uterine evacuation associated with drug treatment. Case 2 received drug treatment with methotrexate through an intramuscular dose and later, added to the intra-gestational sac injection of the drug. And in case 3, the patient received drug treatment and, after bleeding, underwent surgical treatment with a diagnosis of placental accreta through hysteroscopy. In all cases, the patients were diagnosed early, amenable to conservative treatment and had their fertility preserved. **Final considerations:** A good approach to ectopic pregnancy in cesarean scar after early diagnosis with USG and Doppler performed by an experienced team has the power to change the patient's prognosis and reproductive future.

KEYWORDS: PREGNANCY, ECTOPIC, CESAREAN SECTION, SCAR, METHOTREXATE

1 - Hospital e Maternidade Dona Íris
2 - UFG GO

ENDEREÇO

PATRÍCIA GONÇALVES EVANGELISTA
Alameda Emílio Póvoa, 165 - Vila Redenção,
Goiânia - GO, 74845-250
E-mail: centrodeestudosdmi@gmail.com

INTRODUÇÃO

A educação em saúde no Brasil, acerca da ocorrência de gestação ectópica em cicatriz de cesárea é de suma importância, uma vez que há um aumento exponencial do número de cesarianas ao longo do tempo e apesar de ser uma forma rara, sua incidência vem ocorrendo de forma crescente. Observa-se que há uma escassez de relatos de casos e de estudos à cerca do tema e aprofundar o conhecimento dos ginecologistas e ultrassonografistas quanto a essa forma rara de gravidez ectópica, possibilita a detecção precoce e prevenção de complicações hemorrágicas, bem como a redução da incidência de histerectomias de urgência e até mesmo de óbito materno por essa causa.

A gestação ectópica é a implantação do blastocisto fora do revestimento da cavidade uterina, implantação essa que pode ocorrer nas trompas, ovários, colo ou corno uterino, cavidade abdominal e na cicatriz de uma cesariana prévia¹. A implantação de uma gravidez na cicatriz de cesárea é considerada a apresentação mais rara de gestação ectópica com elevada morbimortalidade².

O primeiro relato de gestação ectópica em cicatriz de cesariana (GECC) foi realizado em 1978 por Larsen e Solomon, sendo descrita como uma hemorragia pós abortamento devido um sáculo em cicatriz uterina de cesárea prévia³. Nas últimas décadas devido à crescente frequência de cesarianas, vem ocorrendo um aumento nos relatos sobre essa nova complicação⁴.

Por ser uma condição rara não há um protocolo universal para tratamento e nem uma abordagem ideal em termos de segurança e eficácia terapêutica. A maioria da literatura recomenda a interrupção da gravidez durante o primeiro trimestre. Nesse sentido, o objetivo do tratamento deve ser inviabilizar a gravidez antes de uma possível rotura uterina, remover todo o saco gestacional e preservar a fertilidade destas mulheres sempre que possível⁴.

O presente estudo tem como objetivo relatar uma série de casos de GECC, descrevendo o diagnóstico ultrassonográfico e a diferente abordagem terapêutica em cada um.

MÉTODOS

O trabalho será do tipo série de Caso que se caracteriza como um estudo do tipo descritivo. A sua valorização está baseada na premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas através de descrição e análise de observações objetivas e diretas. As técnicas utilizadas para a obtenção de informações são bastante diversas, destacando-se prontuário, exames laboratoriais e de imagens, foto autorizadas pelo paciente.

Quanto aos aspectos éticos, destaca-se que a pesquisa será fundamentada de acordo com a Resolução n. 466/2012, sendo assim os direitos dos envolvidos asse-

gurados. A presente pesquisa passará pela aprovação do Comitê de Ética indicado pela Plataforma Brasil e só será desenvolvido diante da autorização da paciente com a assinatura do Termo de Consentimento Livre esclarecido.

O estudo constará apenas a análise dos protocolos de atendimento, prontuário, diagnóstico e formas de tratamento indicado, os riscos aqui presentes são em relação a exposição da história do atendimento e dos dados do paciente presentes nos prontuários.

Benefícios são referentes ao entendimento do diagnóstico e ao tratamento gerando conhecimento a classe médica.

RELATO DE CASOS

1. CASO 1

Paciente FGMC, 33 anos, G2P1c, sem uso de método contraceptivo (nunca se adaptou ao uso de anticoncepcional oral) apresentava ciclos irregulares, porém iniciou com sintomas de náuseas, fadiga, sintomas semelhantes ao da sua gestação anterior e suspeitou de uma nova gravidez, teve episódio de sangramento vaginal discreto e indolor com duração de 1 dia e optou por fazer um teste de gravidez positivo, realizou seu primeiro USG dia 28/06/22 com saco gestacional normo-inserido, irregular, medindo 26 x 15,8 x 17,7mm, vesícula vitelínica presente e anômala, embrião presente com CCN 6,3mm, BCF 75bpm e presença de áreas de descolamento retrotrofoblástico no fundo da cavidade uterina de 29,6 x 10,4 x 21mm, a ultrassonografia deste dia evidenciava gestação tópica com biometria de 6 semanas e 4 dias (CCN 6,3mm) com volume uterino de 130,35 cm³. BETA-HCG dia 29/06/22 de 66.939 mUI/mL). Foi orientada ao uso de utrogestan, repouso e seguimento com USG. Desde o início já havia suspeita de gestação inviável devido o formato do SG, bradicardia fetal. Paciente durante esse seguimento apresentou Sangramento vaginal intermitente e dor em cólica leve.

No dia 02/07/22 a paciente por ser médica e radiologista optou por realizar um exame de ressonância magnética da pelve mostrando saco gestacional alongado e irregular na sua margem inferior onde se projeta para a região ístmica anterior, provável local de istmocele, recoberta por fino miométrio e hematoma subcoriônico na margem superior do saco gestacional com volume de 14mL.

Novo USG realizado após 1 semana, dia 06/07/22, apresentava SG irregular inserido na região ístmica/cervical uterina, com projeção do trofoblasto para a cicatriz da cesárea prévia e orifício interno cervical e com hipervascularização nesta região, área de descolamento trofoblástico de 3,1 x 2 x 2,4, exame compatível com aborto retido e inserção anômala do saco gestacional, percepção de sangramento do tipo borra de café após o exame (Figura 1).



Figura 1. Imagem de ultrassom endovaginal de gestação ectópica na cicatriz cesárea.

Foi encaminhada ao especialista e realizado USG em que foi evidenciado a área de vascularização aumentada na cicatriz de cesárea ao doppler, e foi orientada a realizar injeção local de MTX dentro do saco gestacional, realizados no dia 07/07/22. Recebeu alta no dia seguinte com receita de anticoncepcional oral, foi orientado realizar BETA-HCG semanal e repetir USG após negatificação do BE-TA-HCG. Cerca de 4 dias após o procedimento paciente apresentou sangramento moderado com saída de material amorfo e após, permaneceu com sangramento discreto por cerca de 2 semanas.

Paciente ainda se encontra em seguimento laboratorial/ultrassonográfico semanal. Nega sangramento vaginal ou dor abdominal no momento e último BE-TA-HCG (dia) 77 mUI/mL.

CASO 2:

Paciente, EMJ, 29 anos, G3P1N1CA1, portadora de útero bicorno, ante-cedente de dois partos prematuros o primeiro normal e pélvico, o segundo cesariana, e por último a gestação ectópica na cicatriz de cesárea que foi interrompida recentemente com 16 semanas. No dia 22/01/22 paciente apresentou os primeiros sintomas, ao realizar uma faxina em seu lar, apresentou dor abdominal seguido de sangramento vaginal, fez beta-hCG 24/01 que foi positivo e marcou consulta com especialista. Apresentava uma dor abdominal moderada e persistente inicialmente em cólica e após em aperto e sangramento vaginal inicialmente moderada, durante seguimento se tornou leve e durou vários meses. USG realizado por especialista 02/02/22 com diagnóstico de prenhez ectópica na cicatriz de cesárea embrião vivo e CCN de 7mm. Foi indicado tratamento conservador com Metotrexato 1 dose intramuscular. USG dia 06/02/22 gravidez permanecia evoluindo e com beta-hCG elevado de 50655 mUI/mL sendo, portanto, indicado uma dose de Metotrexato intra saco gestacional. Após o proce-

dimento, o exame de imagem dia 25/02 demonstrou prenhez ectópica em regressão. Beta-hCG foi avaliado uma vez por semana até negativar e paciente teve alta com receita de anticoncepcional para contracepção (Figura 2).



Figura 2. Imagem de ultrassom endovaginal de gestação ectópica na cicatriz cesárea.

CASO 3

Paciente, WCGSL, 31 anos, G5P1C1NA2 em maio de 2020 começou apresentar náuseas e corrimento vaginal amarronzado, sem dor abdominal. Realizou beta-hCG positivo e após realização de USTV foi suspeitado de gestação ectópica em cicatriz de cesárea, sendo encaminhada ao especialista. USG dia 29/05/20 com gestação na cicatriz de cesárea de 4cm sendo prescrito metotrexato intramuscular dose única. Uma semana após medicação beta-hCG de 320 mUI/mL (04/06/20). Em seguimento semanal com ultrassonografia e beta-hCG, no dia 12/06/20 exame mostrava massa de 5,5 cm com fluxo vascular presente e beta-hCG em regressão, dia 18/06 de 36,3mUI/mL. Após queda do beta-hCG para 18mUI/mL (25/06/20) foi indicado curetagem uterina guiado por USG (quatro semanas após MTX), realizada dia 27/06/20 no Hospital Amparo sem intercorrências. Após um mês do procedimento foi realizado uma nova USG já sem sinais de gestação ectópica e beta-hCG negativo. Paciente teve alta com resolução do quadro e no momento acaba de descobrir uma nova gestação de 16 semanas e 4 dias em usg obstétrico de 22/11/22.

CASO 4

Paciente HVB, hoje 34 anos, G2P1CA com teste de gravidez positivo, iniciou com quadro de discreta dor abdominal, sem sangramento vaginal e procurou atendimento

médico no dia 14/04/2020, realizou beta-hCG com valor de 31.708,4 mUI/mL sendo, portanto, solicitado a primeira USTV que foi realizada dia 20/04/2020 com gestação anembrionada, saco gestacional de 18 x 6 x 15 mm de inserção baixa na região do ístmo compatível com 5 semanas. No dia 22/04 após ter nova avaliação USG realizada por especialista, recebeu relatório médico escrito: Paciente HVB é portadora de prenhez ectópica e que por ser de alto risco uterino, a mesma necessita de investigação ecográfica e intervenção. No dia 30/04 foi realizado a injeção intra saco gestacional de metotrexato em gravidez de cicatriz de cesárea. USG dia 07/05 pós injeção intrasaco de MTX com massa de 4,2 cm no segmento uterino anterior com hiper fluxo e de baixa resistência vascular e beta-hCG desse mesmo dia de 34,336 mUI/mL. Sendo realizado seguimento de beta-hCG que começou a cair, dia 08/06 era de 783, 16/06 de 463 e 25/06 de 368. Dia 30/06 foi realizada nova ecografia sendo visualizado ainda massa hipervascularizada de 5,5 cm na cicatriz de cesárea e prescrito MTX 50 mg IM dose única. Dia 07/07 beta-hCG de 251 e 21/07 de 49. Dia 30/07 a paciente apresentou sangramento vaginal aumentado e foi submetida a um novo usg demonstrando massa amorfa de 5 cm compatível com prenhez ectópica de cicatriz de cesárea, sem atividade metabólica ao doppler. Gestante encontrava-se estável hemodinamicamente, exames laboratoriais normais (hemograma, coagulograma, função renal) com hemoglobina de 15,2 g/dL e foi indicado histeroscopia cirúrgica por gestação ectópica com hemorragia uterina. No procedimento realizado dia 01/08 no hospital am-paro foi constatado presença de acretismo placentário no segmento uterino e anátomo-patológico descreveu espécime contendo coágulos sanguíneos e vilosidades coriais necróticas de permeio sem sinais de malignidade (Figura 3).

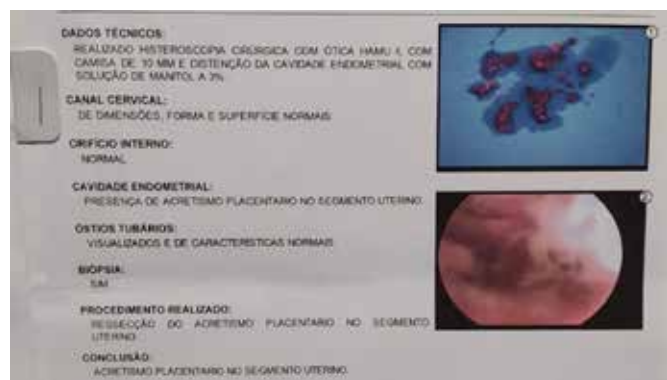


Figura 3. Imagem de Histeroscopia Cirúrgica.

Oito meses após, paciente apresentou nova gestação, realizado cesariana com 37 semanas, sem intercorrências na gestação, interrompida devido trabalho de parto inicial.

DISCUSSÃO

Embora a ultrassonografia endovaginal já esteja bastante estabelecida no caso de gestação ectópica, o diagnóstico diferencial entre abortamento em curso, gravidez cervical e gestação na cicatriz de cesárea, não é fácil e requer experiência do examinador. Quanto ao caso 1 apresentado, o diagnóstico inicial foi de gestação tópica de 6 semanas e 4 dias e somente nos exames subsequentes que foi suspeitado do diagnóstico correto.

Os achados sugestivos na ultrassom precoce em uma mulher com cicatriz uterina prévia incluem: Saco gestacional em porção anterior e inserção baixa (marcador ultrassonográfico para GECC apenas em idades gestacionais precoces abaixo de 7 semanas), se o saco gestacional estiver abaixo da linha imaginária feita no sentido longitudinal do útero, é uma GECC ou gravidez cervical. Quando aplicado antes de 7 semanas, tem desempenho estatístico confiável, tendo uma sensibilidade de 93% e especificidade de 98,9%. Outros achados que podem ser encontrados são semelhantes ao diagnóstico ultrassonográfico de acretismo placentário, como presença de placenta anterior baixa ou placenta prévia, miométrio fino (espessura ≤ 3 mm), ou ausência de miométrio entre a placenta e a bexiga, linha vesical irregular, aumento da vascularização na interface entre bexiga e placenta. Com exceção da posição do saco gestacional, os demais achados se tornam cada vez mais evidentes em idades gestacionais mais avançadas (após sete semanas, até o final do terceiro trimestre) ⁵.

A ultrassonografia é o exame padrão para diagnóstico de gestação ectópica na cicatriz de cesárea e deve ser realizado por médico especialista e experiente.

A Ressonância magnética por ter uma excelente resolução tecidual, tem capacidade de localizar a implantação na cicatriz de cesárea, medir a espessura da parede uterina anterior e avaliar o espaço vesico uterino de forma precisa. No entanto, não há, até o momento, evidências para apoiar o seu uso rotineiro para diagnóstico de GECC. Em casos selecionados em que a imagem ultrassonográfica é indeterminada ou as imagens são subótimas, a RM pode ser usada como avaliação adicional ⁶.

Dentre as opções terapêuticas estão a conduta expectante, tratamento medicamentoso ou cirúrgico. A escolha é feita com base na idade gestacional, nível sérico de beta-hCG, integridade do miométrio, estado hemodinâmico da paciente além da paridade e desejo de gravidez futura ⁸.

Existem poucos estudos que relatam sucesso na conduta expectante e quando optado, necessita vigilância rigorosa pelo risco de necessidade de intervenção de urgência. É desaconselhável nos casos de embrião com atividade cardíaca pela alta morbimortalidade materna ⁸.

O tratamento com metotrexato isolado é mais eficaz quando os níveis de beta-hCG são menores que 5000, devendo ser limitado a duas doses de 1mg/kg cada e alguns

autores sugerem o uso do metotrexato sempre associado a outra técnica para aumentar sua eficácia terapêutica ⁹.

A injeção intra-gestacional do metotrexato guiada por ultrassom é um tratamento bastante eficaz. Em um estudo prospectivo incluindo 18 pacientes com gestação na cicatriz de cesárea, a injeção local de 25 mg de MTX foi bem-sucedida em cinco dos sete casos (71%) e apenas 2 dos sete casos (20%) necessitaram de cirurgia de emergência para controle de hemorragia. É esperada uma resolução lenta do quadro com a negatização de beta-hCG ocorrendo em média dentro de 40 dias (intervalo de 21 a 140 dias) ⁵.

Após administração de metotrexato as pacientes devem sempre ser avaliadas quanto aos possíveis efeitos colaterais, que incluem leucopenia, disfunção hepática ou renal, estomatite, náuseas e hemorragia ². Nos casos aqui descritos nenhuma paciente apresentou efeitos colaterais descritos.

Quando optado por esvaziamento intrauterino, o procedimento deve ser sempre guiado por USG pelo risco de perfuração uterina e a paciente deve ser sempre informada da possibilidade de histerectomia caso ocorra de hemorragia maciça ². Nos casos descritos na literatura de AMIU são em gestação com menos de oito semanas, diâmetro médio de até 13 mm do saco gestacional, sem abaulamento da cicatriz uterina e sem atividade cardíaca ⁹.

É provável que a gestação na cicatriz de cesárea compartilha histologia comum com o espectro da placenta acreta e as duas condições podem representar um continuum da mesma doença, sendo a GECC diagnosticada no primeiro tri-mestre e o acretismo, com o evoluir da gestação ⁶.

Em um dos casos descritos em nosso trabalho a paciente foi submetida a tratamento medicamentoso e no seguimento apresentou hemorragia, sendo submetida a histeroscopia cirúrgica, com diagnóstico de acretismo placentário. Não houve necessidade de transfusão, paciente se manteve estável hemodinamicamente e foi tratada com ressecção de restos ovulares por histeroscopia com sucesso após o tratamento.

O diagnóstico precoce é imprescindível para evitar complicações graves como hemorragia e necessidade de histerectomia de urgência. Nos casos descritos nesse trabalho, graças ao diagnóstico precoce e ultrassonografia realizada por profissional experiente, foi possível tratar todas as pacientes de forma conservadora e com preservação da fertilidade. Uma dessas pacientes engravidou novamente após a resolução do quadro, teve uma gestação tranquila e sem intercorrências, uma se encontra gestante no momento e iniciando o pré-natal, e as outras duas tiveram a gestação ectópica recentemente e estão em uso de contraceptivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A gestação ectópica em cicatriz de cesárea é uma patologia que pode estar associada a graves complicações com risco de rotura uterina e hemorragia maciça com necessidade de histerectomia de urgência, podendo comprometer o futuro reprodutivo da mulher.

O diagnóstico precoce é de fundamental importância nesta patologia e é feito através da ultrassonografia endovaginal, obedecendo aos critérios ultrassonográficos e excluindo os diagnósticos diferenciais.

O tratamento conservador é o tratamento adequado para as pacientes que desejam preservar a fertilidade e deve ser realizado sempre que possível.

REFERÊNCIAS

- Hoffman BL, Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM. Ginecologia de Williams. Porto Alegre: McGraw Hill Education; 2013. 1402 p.
- Yela AA, Marchiani N. Tratamento conservador da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: relato de caso. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2013;35(1):233-237.
- Yela AA, Marchiani N. Sucesso no tratamento conservador da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea. *Reprodução & Climatério*. 2013b;28(1):41-44.
- Antunes MDLG. Gravidez em cicatriz de cesariana. [Dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade de Porto; 2014.
- Timor-Tristsch IE. Revisão de literatura apresentada no UpToDate. Gravidez com cicatriz de cesariana. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/cesarean-scar-pregnan-cy?search=Gravidez%20com%20cicatriz%20de%20cesariana&source=search_result&selectedTitle=1~150&usag_e_type=default&display_rank=1>.
- Timor-Tristsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsybal T, Pineda G, Arslan AA. Diagnóstico, tratamento e acompanhamento da gravidez em cicatriz cesariana. *Jornal americano de obstetrícia e ginecologia*. 2012;207(1):44-e1.
- Caserta NMG, Bacha AM, Grassioto O. Gravidez ectópica em cicatriz de cesariana: invasão da parede vesical detectada pela ressonância magnética. *Radiologia Brasileira*. 2017;50:197-198.
- Melo CSB, Laranjeira CLS, Laranjeira MSR, Mascarenhas CHS, Géo MS, Brandão AHF. Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: série de casos com três possibilidades terapêuticas diferentes. *Femina*. 2012;49(8):505-508.
- Petersen KB, Hoffmann E, Larsen CR, Nielsen HS. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertility sterility*. 2016;105(4):958-967.