

GESTAÇÃO ECTÓPICA NA CICATRIZ UTERINA DE CESÁREA: RELATO DE CASO

LUIZA RECH MEDEIROS RODRIGUES¹; JOÃO MARCELO DOMINGUES BISPO DE OLIVEIRA BOZA²; MÔNICA SANTOS PRIMEIRA³; GUILHERME LUCAS OLIVEIRA BICCA⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – luizamedeirosrodrigues@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – joaoboza@uol.com.br

³Universidade Federal de Pelotas – primeiramonica@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – gbicca@yahoo.com

1. INTRODUÇÃO

Gravidez ectópica é quando a implantação e o desenvolvimento do ovo ocorrem fora da cavidade corporal do útero. É um desafio para a saúde pública e responde por 6% a 13% das mortes relacionadas ao período gestacional, sendo considerada a principal causa de mortalidade materna no primeiro trimestre da gravidez (FEBRASGO, 2018). A localização mais frequente é a tubária representando mais de 95% das ectópicas, já a implantação de uma gravidez na cicatriz de cesárea é considerada a apresentação mais rara de uma gravidez ectópica e de elevada morbimortalidade. Porém, apresenta incidência crescente devido principalmente ao aumento global das taxas de cesariana (COUTINHO et al, 2014). O diagnóstico é feito com a história clínica: atraso menstrual, sangramento genital, dor pélvica, Beta-hCG positivo e ultrassonografia transvaginal para análise da cavidade uterina (FEBRASGO, 2018). Os atrasos no diagnóstico e no tratamento podem resultar em ruptura uterina, hemorragia grave, necessidade de histerectomia e elevada mortalidade materna (COUTINHO et al, 2014). Entretanto, desde que a ultrassonografia transvaginal passou a fazer parte da rotina diagnóstica, conseguimos diagnosticar de forma precoce prevenindo que hemorragias graves e histerectomias por extensa ruptura uterina aconteçam, consequentemente preservamos a fertilidade da mulher (ARRUDA, JÚNIOR, 2008).

2. METODOLOGIA

O caso em análise se baseia em dados extraídos do prontuário médico da paciente, onde foram coletadas informações sobre o caso da paciente, incluindo informações epidemiológicas (idade, gênero etc.), motivo da consulta, progressão da condição clínica, intercorrências, resultados de exames diagnósticos, abordagem terapêutica e acompanhamento. Adicionalmente, foram consultados recursos previamente publicados relacionados ao tema, como diretrizes, orientações clínicas, artigos científicos e outras fontes de informação disponíveis na internet.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Paciente de 41 anos, G2PC1, chegou ao plantão obstétrico no dia 04/01/23 com queixa de cólicas e sangramento tipo borra, beta-hCG em ascensão 5489 mUI/mL (dia 21/12/22) e 9848 mUI/mL (dia 26/12/22), com amenorreia de 8

semanas e 6 dias. Exame físico sem alterações significativas, colo grosso, posterior, fechado. Foi realizado ultrassom transvaginal no dia 11/01/23 que apresentou gestação interrompida com saco gestacional deslocado inferiormente em direção a cicatriz da cesárea. Foi optado por conduta expectante, visando resolução espontânea, visto que a paciente estava estável e tinha o desejo de preservar sua fertilidade. A paciente retorna dia 19/01/23 com as mesmas queixas sendo realizado um novo USTV, que confirmou gestação ectópica em cicatriz de cesárea, sendo indicada terapêutica medicamentosa com Metotrexate (MTX) 75mg IM em dose única. Após a medicação foi realizado acompanhamento seriado de beta-hCG: 21/01/23 beta-hCG 2775,40 mUI/mL, dia 25/01/23 beta-hCG de 1749,3 mUI/mL, dia 26/01/23 beta-hCG de 1596,5 mUI/mL. Devido a estabilidade hemodinâmica e clínica e redução superior a 15% dos títulos de beta-hCG, a paciente foi liberada para acompanhamento ambulatorial. Entretanto, dia 05/02/23 a paciente retorna apresentando dor em cólica, sangramento vaginal de grande monta, desmaio e abdome doloroso à palpação. Ao toque vaginal colo uterino apagado e pèrvio. Nova USTV demonstrou na parede anterior do útero, ao nível da cicatriz de cesárea, saco gestacional dismórfico com decídua que infiltra e indefine o miométrio ocupando uma área de 4,7 x 3,4 x 4,5cm (39 cm³) se projetando para o assoalho da bexiga. Indicada intervenção cirúrgica imediata, sendo realizada aspiração manual intrauterina (AMIU) e videolaparoscopia diagnóstica simultânea para verificação de possível ruptura da cavidade uterina e invasão da serosa. Durante a videolaparoscopia não foi encontrada alteração na cavidade abdominal. Após a cirurgia a paciente evoluiu bem com melhora do quadro clínico tendo alta hospitalar.

As opções terapêuticas para a gestação ectópica em cicatriz de cesárea são a conduta expectante/conservadora, tratamento medicamentoso ou cirúrgico, que devem ser escolhidos de acordo com a idade gestacional, nível sérico do beta-hCG, viabilidade da gravidez, integridade miometrial, estado clínico e sintomas da paciente, além da paridade e desejo de preservar a fertilidade. Sendo a opção medicamentosa uma importante alternativa terapêutica, a qual evita histerectomia e preserva o futuro reprodutivo materno.

O tratamento medicamentoso é feito com o metotrexato (MTX), que pode ser administrado sistemicamente ou por injeção local direta no saco da gravidez ectópica com abordagem transvaginal ou trans abdominal, o protocolo clínico pode ser realizado com duas doses ou dose única do medicamento. A injeção intra-gestacional de MTX guiada por ultrassom é um tratamento eficaz para gravidez ectópica com implante na cicatriz da cesárea. Porém, não existem evidências suficientes que sugiram que seja mais eficaz em comparação com outros tratamentos, também não é sugestivo que esse tratamento tenha mais complicações que outros (TIMOR-TRITSCH, 2012). No estudo realizado com 18 pacientes com gravidez na cicatriz da cesárea a injeção local de 25 mg de MTX na cavidade exocelômica foi bem-sucedida em cinco dos sete casos (71%); já em dois dos sete casos (20%) foi necessária cirurgia de emergência para controlar a hemorragia (JURKOVIC, 2003).

A terapia cirúrgica, em comparação com a terapêutica medicamentosa, pode estar associada a taxas de sucesso mais elevadas. Em um estudo realizado com 3.127 pacientes com gravidez na cicatriz da cesárea e com idade gestacional média de oito semanas submetidas a cirurgia (histerectomia, ressecção cirúrgica ou dilatação e curetagem) em comparação com tratamento medicamentoso com metotrexato, obtiveram taxas mais elevadas de resolução da gravidez (83% x 60%),

já entre os procedimentos cirúrgicos, dilatação e curetagem teve a taxa de sucesso mais baixas com 76% (MAHEUX-LACROIX, 2017).

Percebe-se com o relato de caso, que o diagnóstico foi precoce e a paciente atendia critérios para tratamento medicamentoso, inclusive obtendo redução superior a 15% dos títulos de beta-hCG após a medicação, o que indicava um bom prognóstico. Apesar disso, houve falha terapêutica, visto que foi necessário realizar tratamento cirúrgico, devido à instabilidade hemodinâmica da paciente após a dose de metotrexato. Esse desfecho nos mostra o quão complicado é tratar esses casos, pois os dados encontrados na literatura são baseados em um número reduzido de relatos visto a raridade da gestação ectópica localizada em cicatriz de cesárea (COUTINHO et al, 2014).

4. CONCLUSÕES

A localização em cicatriz de cesárea apresenta incidência crescente devido ao aumento de cesarianas. O seu diagnóstico precoce é importante para evitar complicações como ruptura uterina e hemorragias. Existe ainda dificuldade na abordagem de uma gestação em cicatriz de cesárea, visto que mesmo seguindo as diretrizes de tratamento, a intervenção cirúrgica se fez necessária no caso relatado. Fica claro que são necessários estudos multicêntricos para responder dúvidas acerca do tratamento mais adequado para a gestação ectópica em cicatriz de cesárea.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRUDA, M. de S., JÚNIOR, H. S. A.C.. (2008). Gravidez ectópica na cicatriz uterina de cesárea: relato de caso. **Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia**, 30(10), 518–523. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032008001000007>

COUTINHO, T.; COUTINHO, C. M.; COUTINHO, L. M. Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: uma complicação emergente. **Feminina**, [S.l.], pág. 19-26, 19 fev. 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n1/a4809.pdf>. Acesso em: setembro de 2023.

JURKOVIC D, HILLABY K, WOELFER B, LAWRENCE A, SALIM R, ELSON CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. **Ultrasound Obstet Gynecol**. 2003 Mar;21(3):220-7. doi: 10.1002/uog.56. PMID: 12666214.

LIPSCOMB GH. Medical therapy for ectopic pregnancy. **Semin Reprod Med**. 2007 Mar;25(2):93-8. doi: 10.1055/s-2007-970048. PMID: 17377896.

MAHEUX-LACROIX S, LI F, BUJOLD E, NESBITT-HAWES E, DEANS R, ABBOTT J. Cesarean Scar Pregnancies: A Systematic Review of Treatment Options. **J Minim Invasive Gynecol**. 2017 Sep-Oct;24(6):915-925. doi: 10.1016/j.jmig.2017.05.019. Epub 2017 Jul 18. PMID: 28599886.

TIMOR-TRITSCH IE, MONTEAGUDO A, SANTOS R, TSYMBAL T, PINEDA G, ARSLAN AA. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy.

American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2012 Jul;207(1):44.e1-13.
doi: 10.1016/j.ajog.2012.04.018. Epub 2012 Apr 16. PMID: 22607667.

Yela, A. A., & Marchiani, N.. (2013). Tratamento conservador da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: relato de caso. **Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia**, 35(5), 233–237. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013000500008>