

Ocorrência de gestação ectópica em cicatriz de cesárea

Tainá Aimé Emerenciano Lourenço
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
tainaime@hotmail.com

Júlio César Soares Aragão
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
julio.aragao@foa.org.br

Lucas Neves Pusch de Macedo
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
lucaspusch@gmail.com

Renata Nunes Devechi
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
renatadevechi@gmail.com

José Lins
Centro Universitário de Volta Redonda - UniFOA
jose.lins@foa.org.br

RESUMO

A gravidez ectópica em cicatriz de cesariana é a forma mais rara de gravidez ectópica. É uma condição potencialmente fatal devido ao risco de hemorragia, rotura uterina e necessidade de histerectomia. Os principais fatores de risco são número de cesáreas anteriores, intervalo curto entre a cesárea e a gestação e o útero retrovertido. Sua evolução clínica é inespecífica já que a maioria dos casos são assintomáticos ou cursam com sangramento vaginal indolor. O diagnóstico é realizado por ultrassonografia e o tratamento pode ser cirúrgico ou conservador, de acordo com os critérios clínicos. Reportamos um caso de gestação ectópica em cicatriz de cesárea em uma paciente de 32 anos, assintomática, com falha de conduta expectante e posterior resolução cirúrgica, apresentando boa evolução durante o seguimento e recuperação clínica completa.

ABSTRACT

Cesarean scar pregnancy is the rarest form of ectopic pregnancy. It is a potentially fatal condition due to hemorrhage risk, uterine rupture and the need of hysterectomy. The main risk factors are the number of previous cesareans; short interval between the last cesarean and the pregnancy; and retroverted uterus. Its clinical evolution is unspecific given that the majority of cases are asymptomatic or with painless vaginal bleeding. Diagnosis is made with ultrasonography and the treatment can be surgical or conservative, according to clinical criteria. We report a case of an ectopic cesarian scar pregnancy in a 32-year-old, asymptomatic patient, with failure in expectant management and later surgical resolution, showing good evolution during the follow-up and full clinical recovery.

1 CONTEXTO

A gestação ectópica consiste na implantação do blastocisto fora da cavidade endometrial, sendo classificada em tubária (98% dos casos) ou extra tubárias (2% dos casos), podendo acontecer em diversos locais, incluindo a cicatriz uterina de uma cesariana prévia. É considerada a principal causa de morte materna no primeiro trimestre da gestação, sendo necessária a atenção obstétrica voltada para o diagnóstico e resolução precoce do quadro (CORDEIRO et al., 2020; NETHER et al., 2019)

A gravidez ectópica em cicatriz de cesariana é considerada a forma mais rara de gravidez ectópica. Sua real incidência é desconhecida por poucos casos registrados na literatura. No entanto, espera-se aumento desse valor devido as crescentes taxas de parto cesariana. (CORDEIRO et al., 2020).

Sua fisiopatologia não é totalmente compreendida, acredita-se que a nidacão ocorra na musculatura e no tecido fibroso tanto de cicatrizes maduras de cirurgias cesáreas prévias e estáveis como em pequenos pontos de deiscência ou fragilidade (MELO et al., 2021).

Dentre os seus fatores de risco, os principais são o número de cesáreas anteriores, intervalo curto entre a cesárea e a gestação e o útero retrovertido (LEITE; FRAIETTA; JÚNIOR, 2016). É uma condição potencialmente fatal, sendo fortemente recomendada a interrupção da gestação devido ao risco de complicações como hemorragia, abortamento espontâneo, ruptura uterina e necessidade de histerectomia (LI et al., 2021; MORLANDO et al., 2020; CALÌ et al., 2018).

Diante da suspeita clínica de uma gravidez ectópica é necessária a realização de exames complementares para a confirmação diagnóstica, sendo os principais exames utilizados a dosagem da gonadotrofina coriônica humana (β -hCG) aliado a realização da ultrassonografia transvaginal (USTV). (CORDEIRO et al., 2020). À USTV é possível a visualização do saco gestacional na região do istmo uterino anterior, ausência de gravidez intrauterina e miométrio fino, porém nem sempre o diagnóstico ultrassonográfico é possível, nesses casos alguns autores têm indicado a RM com contraste como modalidade diagnóstica adicional (MORLANDO et al., 2020; HUANG; ZHANG; ZHAI, 2014).

O objetivo do presente artigo é relatar um caso raro de gravidez ectópica na cicatriz de cesárea, diagnosticado por ultrassonografia transvaginal no primeiro trimestre da gestação, bem como abordar a conduta adotada pela equipe obstétrica responsável. Este trabalho está sob o escopo do “Projeto de Educação no Trabalho para a Saúde do Centro Universitário de Volta Redonda - PET-UniFOA”, registrado no CAAE sob o número 30457714.1.0000.5237.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

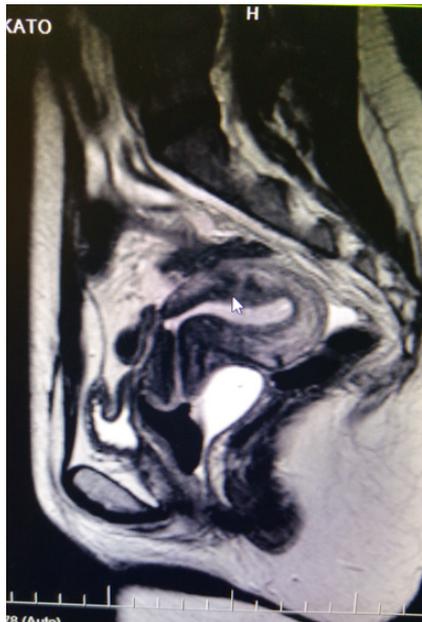
Paciente J.M.K, 32 anos, G2PC1A0, encaminhada de outra unidade hospitalar à maternidade devido à resultado de USTV sugestivo de gravidez ectópica abdominal íntegra com ausência de batimentos cardíacos fetais. Apresentava teste de β -HCG positivo com tempo de amenorreia de 6 semanas e 2 dias. Negava comorbidades e uso de medicações contínuas. Como antecedente cirúrgico apresentava um parto cesáreo e apendicectomia.

Na admissão ao hospital encontrava-se sem queixas e estável hemodinamicamente. Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, corada, hidratada, acianótica, anictérica e eupneia em ar ambiente. PA: 110x70, abdome flácido, peristáltico, indolor a palpação superficial e profunda, sem visceromegalias. Ao toque bimanual, colo anterior, móvel e indolor, sem massas palpáveis. Exame especular sem tumorações e/ou sangramento.

Foram solicitados exames laboratoriais que não mostraram alterações relevantes e ressonância magnética da pelve que revelou presença de cicatriz cirúrgica na região istmo-cervical anterior, onde observa-se pequena imagem alongada e de limites definidos, hipointensa em T1 e hiperintensa em T2, medindo cerca de 2,2 x 1,0 cm, inespecífica.

A partir da estabilidade clínica da paciente em conjunção com a possibilidade de resolução espontânea da gestação, devido à ausência de batimentos cardíacos fetais, optou-se por acompanhamento ambulatorial com realização de ultrassonografias seriadas e dosagem de β -HCG.

Figura 1 - RNM da pelve demonstrando presença de cicatriz cirúrgica na região istmo-cervical anterior com pequena imagem alongada de limites definidos, medindo cerca de 2,2 x 1,0 cm.



Durante o acompanhamento ambulatorial, a paciente não apresentou alterações ultrassonográficas relevantes (figura 2), nem queda no nível de β -HCG que permaneceu maior que 1500 UI/L e evoluiu com dor abdominal em baixo ventre. Diante da mudança de cenário, a equipe obstétrica modificou a conduta para intervenção cirúrgica.

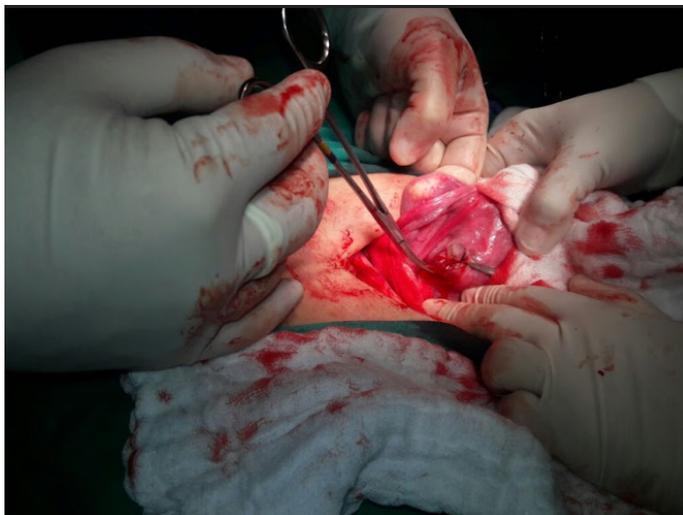
Figura 2 - Ultrassonografia transvaginal com presença de saco gestacional implantado na região ístmica anterior (cicatriz de cesariana), na camada muscular, medindo 0,8 cm de diâmetro, contendo embrião único, sem batimentos cardíacos visíveis.



Procedida cirurgia de laparotomia exploratória, onde foi confirmada o diagnóstico de gravidez ectópica em lesão cicatricial de cirurgia cesárea previa, a partir da observação de saco gestacional íntegro visualizado logo abaixo da serosa uterina. Foi realizada histerotomia em região adjacente à massa, com

exérese de todo o saco gestacional. Optou-se ainda pela inserção de DIU de cobre com a finalidade de diminuir o risco de sinéquia uterinas pós procedimento.

Figura 3 - Histerotomia demonstrando presença de saco gestacional íntegro localizado abaixo da serosa uterina.



A paciente apresentou boa evolução após o procedimento, recebendo alta hospitalar 24h após a cirurgia. No segmento do caso foi realizada vídeo-histeroscopia com biópsia endometrial e a remoção do DIU de cobre após 6 meses.

3 DISCUSSÃO

A gravidez ectópica em cicatriz de cesariana é uma entidade de difícil diagnóstico por tratar-se de uma gestação incipiente. Sua evolução clínica é inespecífica já que cerca de 75% dos casos são assintomáticos ou cursam com sangramento vaginal indolor (MELO et al., 2021). No caso descrito, a paciente encontrava-se assintomática e teve o diagnóstico de gravidez ectópica sugerido em USTV de rotina, corroborado com exame β -HCG positivo.

É uma condição potencialmente fatal, sendo recomendada a interrupção da gestação devido ao risco de complicações como hemorragia, abortamento espontâneo, ruptura uterina, acretismo placentário e necessidade de histerectomia, no entanto não existe uma abordagem ideal em termos de segurança e eficácia terapêutica até o momento, as opções terapêuticas são a conduta expectante/ conservadora, tratamento medicamentoso ou cirúrgico. A escolha do tratamento deve se basear em critérios como a idade gestacional, nível sérico do β -HCG, viabilidade da gravidez, integridade miometrial, estado clínico e sintomas da paciente, além da paridade e desejo de preservar a fertilidade (MELO et al., 2021).

A conduta expectante é uma opção viável a ser utilizada em casos de estabilidade hemodinâmica, ausência de vitalidade embrionária, saco gestacional menor que 5 cm e níveis de β -HCG inferiores a 2000 mUI/ml ou decrescentes. O acompanhamento consiste na dosagem seriada de β -HCG até valores indetectáveis com realização de USTV semanal para avaliar a regressão da massa. Estudos apontam 70% de sucesso dessa conduta, com evolução para abortamento espontâneo completo e baixos índices de complicações maternas (BRASIL, 2022; NETHER et al., 2019; CALÌ et al., 2018; ANTUNES, 2014). No caso descrito, como a paciente preenchia todos os critérios para conduta expectante optou-se por acompanhamento clínico com rigoroso controle ultrassonográfico.

O tratamento medicamentoso sistêmico está indicado para pacientes hemodinamicamente estáveis, sem sintomatologia exuberante e exames laboratoriais normais, com níveis sérios de B-HCG < 5000 mUI/mL, saco gestacional menor que 3,5 cm de diâmetro com ausência de vitalidade fetal. O medicamento mais utilizado é o Metotrexato (MTX), um antagonista do ácido fólico altamente efetivo contra o trofoblasto. Em caso de presença de batimentos cardíacos fetais, pode ser realizado o tratamento local guiado por ultrassonografia transvaginal, com injeção de MTX no interior do saco gestacional. O acompanhamento consiste na dosagem semanal de β -HCG até valores indetectáveis. (BRASIL, 2022)

Os procedimentos cirúrgicos incluem histerotomia, histerectomia, embolização da artéria uterina, histeroscopia e curetagem com aspiração do saco gestacional. São opções nos casos de instabilidade hemodinâmica ou falha no tratamento farmacológico. A mudança da conduta no caso descrito justifica-se pela evolução desfavorável no quadro clínico da paciente, optando-se pela resolução cirúrgica através da realização de laparotomia exploratória com histerotomia (DOROSZEWSKA et al., 2019).

Os riscos relacionados a uma eventual nova gravidez ectópica são de cerca de 17%, sendo importante o conhecimento do histórico obstétrico da paciente para que se possa considerar essa possibilidade. É preciso, também, conhecer os critérios diagnósticos dessa situação para que seja possível diferenciá-la de outras condições clínicas, como abortamento em curso ou gravidez cervical. De maneira que a conduta apropriada seja tomada de forma individualizada, evitando-se eventuais complicações (FOWLER et al., 2021).

4 EXERCÍCIOS DE APRENDIZADO

Questão 1

Paciente, 30 anos, sem comorbidades, G3PC1A1, com IG (DUM): 7 semanas, chega ao pronto atendimento com queixa de dor abdominal em baixo ventre associada a discreto sangramento vaginal. Trouxe B-HCG sérico quantitativo de 4000 UI/mL realizado há 48h. Ao exame físico: sinais vitais estáveis, sem defesa abdominal, especular com colo fechado e pequena quantidade de sangue em fundo de saco (sem sangramento ativo). O médico plantonista solicitou nova dosagem de B-HCG quantitativo e USG transvaginal. O novo B-HCG foi de 3500 UI/mL e o USG TV mostrou saco gestacional implantado na região ístmica anterior, na camada muscular, medindo 1 cm, com ausência de batimentos cardíacos. Diante do diagnóstico mais provável, qual a conduta?

- a) Laparotomia
- a) Solicitar RNM da pelve
- a) Laparoscopia
- a) Prescrever metotrexato

Resposta D: Uma vez que a massa é menor que 3,5 cm, os níveis de B-HCG são menores que 5000 UI, a atividade cardíaca embrionária está ausente e a paciente está hemodinamicamente estável, é possível optar por tratamento medicamentoso com metotrexato.

Questão 2

Considerando os dados clínicos citados no caso acima, por que não está indicada a conduta expectante?

R: De acordo com o manual de gestação de alto risco do Ministério da Saúde de 2022 a conduta expectante nos casos de gestação ectópica é recomendada em casos onde há estabilidade hemodinâmica, dosagem de β -HCG < 2000 com declínio dos níveis no intervalo de 24 a 48h, ausência de embrião vivo na ultrassonografia transvaginal, saco gestacional < 5cm e desejo de gestação futura. No caso descrito, a paciente apresentava níveis de β -HCG > 2000, o que contradiz a escolha da conduta expectante.

Questão 3

Paciente 28 anos, G2PC1A0, é admitida com quadro de dor abdominal difusa de forte intensidade e sangramento vaginal. Ao exame físico, apresenta-se hipocorada 1+/4+, hidratada, PA = 100 x 70 mmHg; FC = 85 bpm; pulsos amplos. A ultrassonografia transvaginal mostra saco gestacional de 5 cm em região de istmo cervical anterior e β -HCG de 7.500 mUI/ml. Diante da principal hipótese diagnóstica, a melhor conduta para esse caso é a realização de:

- a) Metotrexate intramuscular
- a) Histerotomia laparoscópica
- a) Aspiração manual intrauterina
- a) Acompanhamento sérico de β -HCG

Resposta B: Diante da presença de saco gestacional e β -HCG de 7500 mUI/ml a principal hipótese diagnóstica é gestação ectópica. No caso descrito é indicado o tratamento cirúrgico uma vez que o β -HCG é maior do que 5000 mUI/ml e o saco gestacional apresenta tamanho mais do que 3,5cm.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. D. L. DA G. **Gravidez em cicatriz de cesariana**. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina)—Portugal: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2014.

BRASIL et al. **Manual de gestação de alto risco**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CALÌ, G. et al. Outcome of Cesarean scar pregnancy managed expectantly: systematic review and meta-analysis. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology**, v. 51, n. 2, p. 169–175, fev. 2018.

CORDEIRO, D. E. F.; PAIVA, J. P.; FEITOSA, F. E. DE L. **Protocolos Assistenciais em Obstetrícia: Maternidade Escola Assis Chateaubriand**. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2020.

DOROSZEWSKA, K. et al. Cesarean scar pregnancy – various methods of treatment. **Folia Medica Cracoviensia**, v. LIX, n. 2, p. 5–14, 2019.

FOWLER, M. L. et al. Mid-trimester cesarean scar pregnancy: a case report. **Fertility Research and Practice**, v. 7, n. 1, p. 10, dez. 2021.

HUANG, Q.; ZHANG, M.; ZHAI, R.-Y. The use of contrast-enhanced magnetic resonance imaging to diagnose cesarean scar pregnancies. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 127, n. 2, p. 144–146, nov. 2014.

LEITE, J. DE F.; FRAIETTA, R.; JÚNIOR, J. E. Local management with methotrexate of cesarean scar ectopic pregnancy with live embryo guided by transvaginal ultrasound: A case report. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 62, p. 184–185, abr. 2016.

LI, J. et al. Dilatation and curettage versus lesion resection in the treatment of cesarean-scar-pregnancy: A systematic review and meta-analysis. **Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 60, n. 3, p. 412–421, maio 2021.

MELO, C. S. B. DE et al. Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: série de casos com três possibilidades terapêuticas diferentes. **Femina**, n. 48(8), p. 505–508, 2021.

MORLANDO, M. et al. Reproductive outcome after cesarean scar pregnancy: A systematic review and meta-analysis. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 99, n. 10, p. 1278–1289, out. 2020.

NETHER, G. M. et al. Tratamento conservador da gravidez ectópica. **Revista Caderno de Medicina**, v. 2, n. 2, p. 1–18, 2019.