Femina
RELATO DE CASO

Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: série de casos com três possibilidades terapêuticas diferentes

Cesarean scar pregnancy: case series with three different types of management

Carolina Soares Barros de Melo[1], Cláudia Lourdes Soares Laranjeira[1], Mayra Sette Rotsen Junqueira[1], Carlos Henrique Silva Mascarenhas[1], Márcia Salvador Géo[1], Augusto Henriques Fulgêncio Brandão[2]

Descritores

Gestação ectópica; Gravidez em cicatriz de cesárea; Cesariana; Cicatriz uterina; Implantação ectópica

Keywords

Pregnancy ectopic; Cesarean section pregnancy; Cesarean; Uterine scar; Ectopic implantation

RESUMO

A gestação ectópica em cicatriz de cesariana prévia é um evento iatrogênico raro, que vem crescendo junto com o aumento das taxas de cesariana. Ela não exibe manifestação clínica específica, o que dificulta o diagnóstico e não apresenta tratamento preconizado, embora esteja associada a grandes complicações obstétricas como hemorragia incoercível, acretismo placentário e rotura uterina. Dessa forma, o presente artigo relata três casos clínicos em que diferentes tratamentos foram propostos, objetivando discutir algumas possibilidades terapêuticas como a aspiração manual intrauterina (AMIU) associada com o uso de metotrexato, laparoscopia e laparotomia, comparando os resultados encontrados.

ABSTRACT

Ectopic cesarean scar pregnancy is a rare iatrogenic event, which has been increase with growing in the percentage of cesarean delivery. It does not exhibit specific clinical manifestation, making diagnosis difficult and does not have yet recommended treatment, although is associated with major obstetrics complication such incoercible hemorrhage, abnormally invasive placenta and uterine rupture. Therefore, the present article reports three clinical cases witch different types of management, aiming discuss some possibilities such intrauterine manual aspiration after systemic methotrexate, laparoscopy or laparotomy surgical, comparing results.

Submetido:
15/03/2021

Aceito:
16/08/2021

1. Rede Mater Dei de Saúde, Belo Horizonte, MG, Brasil.
2. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Conflito de interesses:
Nada a declarar.

Autor correspondente:
Carolina Soares Barros de Melo
Avenida Doutor Cristiano Guimarães, 855, Planalto, 31720-300, Belo Horizonte, MG, Brasil
carolsbmelo@yahoo.com.br

Como citar:
Melo CS, Laranjeira CL, Junqueira MS, Mascarenhas CH, Géo MS, Brandão AH. Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: série de casos com três possibilidades terapêuticas diferentes. Femina. 2021;49(8):505-8.

INTRODUÇÃO

A gestação ectópica é a implantação do blastocisto fora da cavidade endometrial, podendo acontecer em diversos locais, incluindo a cicatriz uterina de uma cesariana prévia. Essa é uma condição iatrogênica rara, embora sua incidência venha aumentando devido aos crescentes números de cesariana e cirurgias uterinas na última década.[1]

A frequência da gravidez na cicatriz uterina é de 1:800 a 1:2.226 (0,05%-0,04%) de todas as gravidezes do mundo, representando aproximadamente 6,1% das gestações ectópicas em pacientes com pelo menos uma cesariana prévia.[2]

Acredita-se que a nidação possa ocorrer na musculatura e no tecido fibroso tanto de cicatrizes maduras e estáveis como em pequenos pontos de

deiscência ou fragilidade ("nichos"), sendo esta a de evolução mais catastrófica.[3]

Existem dois tipos de gestação ectópica em cicatriz descritas até o momento: a que progride para o espaço cervicoístmico ou cavidade uterina (tipo I ou endogênico) e a que invade profundamente o miométrio e a superfície da serosa no nicho cicatricial, podendo progredir inclusive para a bexiga e a cavidade abdominal (tipo II ou exogênica).[4]

As possíveis complicações incluem acretismo placentário, rotura uterina, hemorragia uterina maciça, necessitando de histerectomia, infertilidade e trabalho de parto prematuro, sendo mais comuns no tipo exogênico ou II.[3,4]

O diagnóstico clínico em estágios iniciais é fundamental para a preservação da fertilidade, embora seja difícil, já que 75% dos casos são assintomáticos ou cursam com sangramento vaginal indolor. Existem vários estudos que avaliam a relação e o posicionamento do saco gestacional na parede uterina anterior/cicatriz, associados com a presença ou não de atividade cardíaca fetal e os possíveis desfechos clínicos.[5-7]

Não existe uma abordagem ideal em termos de segurança e eficácia terapêutica até o momento, sendo comum a decisão de interrupção da gestação, principalmente pelos riscos envolvidos. Entretanto, vem sendo discutido se a interrupção da gestação é a única opção terapêutica em mulheres assintomáticas e se técnicas cirúrgicas ou não cirúrgicas podem impactar a morbimortalidade e o futuro reprodutivo dessas pacientes.[8,9]

O presente estudo objetiva relatar três casos de gravidez ectópica em cicatriz de cesariana prévia, descrevendo uma abordagem terapêutica diferente em cada um.

DESCRIÇÃO DOS CASOS

Caso 1

Mulher, 35 anos, secundigesta (uma cesariana prévia), admitida em serviço terciário assintomática e estável hemodinamicamente, apresentando exame sérico quantitativo de beta-hCG de 65.493,8 mUI/mL e exame de ultrassonografia endovaginal do mesmo dia evidenciando saco gestacional com presença em seu interior de feto com comprimento cabeça-nádega (CCN) de 11,2 mm e batimento cardíaco fetal (BCF) de 132 batimentos por minuto (bpm), compatível com a idade gestacional (IG) de sete semanas e um dia. Implantados em topografia corporal inferior/cervical com fluxo vascular trofoblástico de baixa resistência e rico mapeamento espectral, compatível com invasão cicatricial e miometrial (cicatriz de cesárea prévia). Foi submetida a esvaziamento por aspiração manual intrauterina (AMIU) guiada por ultrassom, com saída de moderada quantidade de restos ovulares. Na ocasião, apresentava sangramento uterino aumentado, controlado após o uso de 10 UI de ocitocina e 1 g de ácido tranexâmico venosos, associados a 0,2 mg de metil-ergotamina intramuscular. A paciente apresentou boa evolução e recebeu alta 24 horas após o esvaziamento uterino e dose única intramuscular de 50 mg de metotrexato. Em acompanhamento seriado, o beta-hCG apresentou os seguintes valores: 11.978,5 mUI/mL em um dia, 5.000,2 mUI/mL em dois dias, 2.363 mUI/mL em quatro dias e 180,5 mUI/mL 13 dias após o procedimento.

Caso 2

Mulher, 41 anos, secundigesta (uma cesariana prévia), estável hemodinamicamente e assintomática na admissão, com beta-hCG quantitativo de 88.342 mUI/mL e exame de ultrassonografia do mesmo dia evidenciando primeiro saco gestacional medindo 16,5 mm sem embrião no interior e trofoblasto de implantação tópica e segundo saco gestacional com diâmetro de 16,2 mm contendo feto com 2,5 mm de CCN e BCF de 95 bpm, implantados em cicatriz de cesárea prévia (padrão vascular trofoblástico com fluxo intenso de baixa resistência em área da cicatriz). Exame compatível com gestação gemelar dicorônica e diamniótica com seis semanas de IG pelos parâmetros biométricos avaliados. Foi submetida a laparotomia com abertura a Pfannenstiel, sendo observada gravidez ectópica íntegra protundindo a cicatriz da cesariana segmentar anterior. Foi realizada histerotomia em região adjacente à massa, com exérese de todo o saco gestacional, curagem uterina, seguida de histerorrafia com PDS 2.0 e fechamento da cavidade por planos. Após o procedimento, houve sangramento normal e a paciente apresentou boa evolução e recebeu alta hospitalar após 48 horas do procedimento. O exame de anatomia patológica evidenciou material fetal e restos ovulares permeados por tecido fibroso e miométrico, corroborando o diagnóstico de implantação gestacional diretamente na cicatriz uterina de cesárea prévia.

Caso 3

Mulher, 34 anos, tercigesta (duas cesarianas prévias), admitida com sangramento vaginal leve e dor abdominal, com exame quantitativo de beta-hCG de 20.640,4 mUI/mL e exame de ultrassonografia do mesmo dia evidenciando imagem heterogênea com áreas hipoecogênicas no interior em topografia de cicatriz uterina, com captação de fluxo ao Doppler, se estendendo desde a cavidade endometrial até a serosa uterina, medindo 39 x 32 x 29 mm, sugestiva de restos ovulares. Ao exame físico, a paciente estava corada, hemodinamicamente estável, com abdome doloroso apenas à palpação profunda em hipogástrio e sem irritação peritoneal. Foi submetida a cirurgia videolaparoscópica, na qual foram observadas pequena quantidade de sangue na cavidade pélvica e massa abaulando a região de cicatriz prévia de cesárea. Foi realizada histerotomia margeando a cicatriz, sendo retirado o material sugestivo de restos ovulares protegidos apenas pela serosa uterina, seguida de histerorrafia com fio monofilamentar carpador e posicionamento de celulose oxidada na região. A paciente apresentou boa evolução após o procedimento, recebendo alta hospita-

lar 48 horas após a cirurgia. O material foi encaminhado para exame de anatomia patológica, que confirmou a presença de partes fetais e restos ovulares invadindo a cicatriz uterina prévia.

DISCUSSÃO

A gravidez ectópica em cicatriz uterina de cesárea prévia é uma entidade de difícil diagnóstico, já que a evolução clínica é inespecífica por tratar-se de uma gestação incipiente.[10]

Os critérios ultrassonográficos atuais, propostos por Timor-Tritsch *et al.*,[10] baseiam-se na presença de todas as seguintes características na ecografia endovaginal: placenta e/ou saco gestacional incorporados à cicatriz da histerotomia; nas gestações precoces (≤8 semanas), presença de saco gestacional triangular que ocupa o nicho da cicatriz; nas gestações com mais de oito semanas, a forma pode tornar-se redonda ou oval; camada delgada (1 a 3 mm) ou ausente entre o saco gestacional e a bexiga; canal cervical fechado e vazio; presença de polo embrionário ou fetal e/ou vesícula vitelínica, com ou sem atividade cardíaca; presença de padrão vascular proeminente e intenso no local da cicatriz uterina de cesárea, associado a teste positivo de gravidez.[10]

As opções terapêuticas são a conduta expectante/conservadora, tratamento medicamentoso ou cirúrgico, que devem ser escolhidos de acordo com a IG, 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.[8,10]

Existem poucos estudos que relatam sucesso na conduta expectante. Uma metanálise publicada em 2018 avaliou 17 artigos que utilizaram a conduta conservadora em gestações iniciais, sem atividade cardíaca fetal, em que 70% das pacientes evoluíram espontaneamente para o abortamento completo, com baixos índices de complicações maternas. É aconselhável vigilância cuidadosa e há necessidade de intervenção de urgência em 30% dos casos.[8] Já nos quadros em que é observado batimento fetal, é inviável e não aconselhada a conduta expectante, pela alta morbimortalidade materna.[8,11]

Qiu *et al.*[12] analisaram os efeitos da dilatação cervical seguida pela curetagem uterina guiada pelo ultrassom, em comparação ao uso da histeroscopia após embolização das artérias uterinas, como opções terapêuticas. Eles observaram resultados semelhantes entre as técnicas, sem diferença nas complicações. Embora a histeroscopia seja capaz de visualizar e abordar pequenas falhas da cicatriz observadas dentro da cavidade, a embolização pode repercutir na capacidade fértil feminina, além de onerar os custos do tratamento.

No caso 1, foi utilizada a AMIU para esvaziamento uterino, apresentando sangramento aumentado durante o procedimento. Para casos como esse, além das medidas clínicas de controle de hemorragia, existe a possibilidade de utilização do balão uterino ou mesmo da sonda de Foley como método eficaz de controle da hemostasia, podendo, inclusive, ser associada a administração de metotrexato local ou sistêmico seguida de acompanhamento seriado do beta-hCG, se houver indícios de acretismo placentário.[13]

Todos os métodos de esvaziamento intrauterino devem ser guiados pelo ultrassom pelo risco de perfuração uterina; ademais, a paciente deve estar ciente da possibilidade de histerectomia se o quadro evoluir com hemorragia maciça, já que grande parte das gravidezes ectópicas em cicatriz apresentam acretismo placentário associado, elevando o risco de sangramento incoercível.[13,14]

Os casos de sucesso após a AMIU, descritos na literatura, são relacionados a pacientes com gestação inferior a oito semanas de IG, diâmetro médio de saco gestacional até 13 mm, sem evidência ultrassonográfica de saco abaulando a cicatriz uterina ou atividade cardíaca fetal.[14]

O uso de metotrexato isolado é mais eficaz com níveis séricos de beta-hCG abaixo de 5.000 mIU/mL, devendo ser limitado a duas doses de 1 mg/kg cada. Apresenta tempo médio de regressão do tecido gestacional de dois meses a um ano, podendo ser associado a complicação cada vez mais grave para a paciente. Alguns autores sugerem seu uso sempre associado a outra técnica adjuvante para aumentar a eficácia terapêutica.[15]

A histerotomia laparotômica é utilizada em casos mais avançados em que há rotura uterina com hemorragia maciça ou instabilidade hemodinâmica ou de acordo com a experiência do cirurgião (como no caso 2). Já a cirurgia laparoscópica pode ser utilizada quando a paciente apresenta estabilidade hemodinâmica e já é possível identificar visualmente o local da implantação, sendo relacionada a menor trauma cirúrgico e menor tempo de recuperação pós-operatória, como no caso 3.[16]

Em ambas as técnicas de histerotomia, o material ovular, o miométrio e o tecido cicatricial devem ser ressecados em cunha, sendo técnicas obrigatórias no caso de IG maior que oito semanas, saco gestacional > 40 mm e altos níveis de beta-hCG. Não existe diferença na morbimortalidade a longo prazo entre as técnicas de videolaparoscopia ou cirurgia aberta, devendo ser escolhida de acordo com a experiência da equipe, o risco cirúrgico e a evolução do quadro.[16,17]

CONCLUSÃO

Existem diversas opções terapêuticas para abordagem da gestação ectópica implantada na cicatriz de uma cesariana prévia. Além dos fatores como idade materna, risco iminente de complicações, desejo de manter a fertilidade, risco cirúrgico e características da gestação no momento do diagnóstico, a experiência da equipe com a técnica escolhida e a disponibilidade de recursos são aspectos fundamentais para definir o tratamento. São necessários mais estudos sobre o assunto, comparando as diversas técnicas e a segurança e eficácia de acordo com cada fase da gestação.

REFERÊNCIAS

1. Gulino FA, Pappalardo E, Ettore C, Laganà AS, Capriglione S, Ettore G. Caesarean scar pregnancy: descriptive paper of three different types of management on a series of clinical cases. Prz Menopauzalny. 2020;19(2):61-5. doi: 10.5114/pm.2020.97836
2. Pedraszewski P, Wlazlak E, Panek W, Surkont G. Cesarian scar pregnancy – a new challenge for obstetricians. J Ultrason. 2018;18(1):56-62. doi: 10.15557/JoU.2018.0009
3. Agten AK, Cali G, Monteagudo A, Oviedo J, Ramos J, Timor-Tritsch I. The clinical outcome of cesarean scar pregnancies implanted "on the scar" versus "in the niche". Am J Obstet Gynecol. 2017;260(5):510.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2017.01.019
4. Gonzalez N, Tulandi T. Cesarean scar pregnancy: a systematic review. J Minim Invasive Gynecol. 2017;24(5):731-8. doi: 10.1016/j.jmig.2017.02.020
5. Cali G, Forlani F, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J, Minneci G, D'Antonio F. Natural history of cesarean scar pregnancy on prenatal ultrasound: the crossover sign. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017;50(1):100-4. doi: 10.1002/uog.16216
6. Calì, G, Forlani F, Minneci G, Foti F, Di Liberte S, Familiari A, et al. First-trimester prediction of surgical outcome in abnormally invasive placenta using the cross-over sign. Ultrasound Obstet Gynecol. 2018;51(2):184-8. doi: 10.1002/uog.17440
7. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, El Refaey H, Agten AK, Arskan AA. Easy sonographic differential diagnosis between intrauterine pregnancy and cesarean delivery scar pregnancy in the early first trimester. Am J Obstet Gynecol. 2016;215(2):225.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2016.02.028
8. Calì G, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J, Monteaugudo A, Buca D, Forlani F, et al. Outcome of cesarean scar pregnancy managed expectantly: systematic review and meta-analysis. Ultrasound Obstet Gynecol. 2017;51(2):169-75. doi: 10.1002/uog.17568
9. Morlando M, Buca D, Timor-Tritsch I, Casi G, Palacios-Jaraquema J, Monteagudo A, et al. Reproductiva outcome after cesarean scar pregnancy: a systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99(10):1278-89. doi: 10.1111/aogs.13918
10. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2012;207(1):44.e1-13. doi: 10.1016/j.ajog.2012.04.018
11. He F, Li JQ, Tang XL, Lin Y, Su CH, Chen DJ. [Expectant management of 11 cases of cesarean scar pregnancy]. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 2017;52(9):594-99. doi: 10.3760/cma.j.issn.0529-567X.2017.09.004. Chinese.
12. Qiu J, Fu Y, Xu J, Huang X, Yao G, Lu W. Analysis on clinical effects of dilation and curettage guided by ultrasonography versus hysteroscopy after uterine artery embolization in the treatment of cesarean scar pregnancy. Therap Clin Risk Manag. 2019;15:83-9. doi: 10.2147/TCRM.S184387
13. Fang Q, Sun L, Tang Y, Qian C, Yao X. Quantitative risk assessment to guide the treatment of cesarean scar pregnancy. Int J Gynaecol Obstet. 2017;139(5):78-83. doi: 10.1002/ijgo.12240
14. Karahasanoglu A, Uzun I, Deregozu A, Ozdemir M. Successful treatment of cesarean scar pregnancy with suction curettage: our experiences in early pregnancy. Oschner J. 2018;18(3):222-5. doi: 10.31486/toj.17.0118
15. Birch Petersen K, Hoffmann E, Rifbjerg Larsen C, Svarre Nielsen H. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. Fert Steril. 2016;105(4):958-67. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.12.130
16. Kannat-Pektas M, Bodur S, Dundar O, Bakir VL. Systematic review: what is the best first-line approach for cesarean section ectopic pregnancy? Taiwan J Obstet Gynecol. 2016;55(2):263-9. doi: 10.1016/j.tjog.2015.03.009
17. Fang S, Zhang P, Zhu Y, Wang F, He L. A retrospective analysis of the treatment of cesarean scar pregnancy by high-intensity focused ultrasound, uterine artery embolization and surgery. Front Surg. 2020;7:23. doi: 10.3389/fsurg.2020.00023