



GRAVIDEZ EM CICATRIZ DE CESÁRIA:

UM RELATO DE CASO

CESAREAN SCAR PREGNANCY: CASE REPORT

Sandy Benedet Tautz

Livia Azevedo Miato

João Vitor Vieira Grafulim

Jéssica Telli Palma

Anne Rosso Bianchi

Palavras-chave: Gravidez Ectópica; Gravidez de alto risco; Histerectomia; Complicações na Gravidez.

Keywords: Ectopic Pregnancy, Pregnancy Complications, Hysterectomy, High-Risk Pregnancy

INTRODUÇÃO

O termo gravidez ectópica (GE) tem origem no grego “*Ektopos*”, que expressa algo fora do lugar. Assim, em tais gestações, a nidação sucede fora da cavidade uterina, ocorrendo habitualmente nas tubas (cerca de 90% dos casos), nos ovários (3%), abdome e cicatriz uterina (menos do que 1%)^[1,2] - sendo esta última, a mais rara e com alto risco de morbimortalidade, devido a maiores complicações, como rotura uterina e hemorragia. Cabe ressaltar que, apesar desses casos serem incomuns nas cicatrizes uterinas, temos um aumento da incidência relacionado às elevadas taxas de cesáreas eletivas na população, que predisõem a implantação do embrião na cicatriz de cesariana prévia.^[3]

De acordo com Gonzalez e Tulandi, há duas classificações para a inserção do feto nas cicatrizes: a forma endógena e exógena. Na primeira, a gestação teria progressão para o espaço istmocervical e cavidade uterina, a qual poderia cursar com viabilidade apesar de alto risco de sangramento no leito placentário. Já na forma exógena, a nidação teria intensa penetração pela região cicatrizada, podendo invadir tanto a bexiga quanto o espaço abdominal e, nestas situações, haveria maior risco de complicações como ruptura uterina e sangramento precoce no período gestacional.^[4] Tal relato de caso visa descrever esta rara implantação de gestação e suas complicações.

RELATO DO CASO

Paciente, 34 anos, G2C1A1, foi admitida em hospital de referência em obstetrícia em Julho de 2022 com laudo ecográfico constatando saco gestacional irregular de diâmetro médio de 27 mm, diagnóstico de gestação anembrionada.

Após orientação médica, paciente optou pela conduta expectante.

Passado um mês da consulta, realizou ultrassom transvaginal (USTV), o qual constou no laudo: grande quantidade de restos ovulares, com volume uterino de 198 cm³ com material heterogêneo em cavidade uterina com áreas císticas medindo cerca de 5 x 4,5 x 5 cm. Retornou ao serviço médico para avaliação com queixa de metrorragia desde o seu diagnóstico. Devido ao aborto retido, equipe médica opta por Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), com preparo cervical com misoprostol e prescrição de imunoglobulina ANTI-D, devido a tipagem sanguínea da paciente ser O negativo. O procedimento foi realizado e identificado sangramento aumentado com pequena saída de material - incompatível com USTV. Administrado ocitocina, ácido tranexâmico e realizado massagem uterina com melhora do sangramento. Após AMIU, solicitado USTV de controle, devido incompatibilidade do laudo anterior com o procedimento. Paciente manteve sangramento ativo na internação, sendo submetida a curetagem no dia seguinte ao AMIU. Novamente, houve pequena saída de material.

Paciente aguardando USTV controle após procedimentos, o qual identificou volume uterino 230cm³,

endométrio medindo 47mm, apresentando conteúdo heterogêneo em seu interior, com fluxo ao Doppler e imagem anecóica na porção central, medindo 1,9x1,1x1,5cm, levando a suspeita de gestação ectópica em cicatriz uterina ou gestação molar. Diante disso, foram solicitados betagonadotrofina coriônica humana (β -HCG) e ressonância nuclear magnética (RNM) sem contraste para elucidação diagnóstica. Paciente iniciou com febre após curetagem, prescrito clindamicina e gentamicina. O laudo da RNM foi de gestação ectópica implantada em cicatriz de cesárea.

Solicitado exames laboratoriais após quadro febril, onde foi verificado hemoglobina 9,7, hematócrito de 28,6%, leucócitos de 12.740 mm sem desvio a esquerda. Mantido quadro febril recorrente, houve suspeita de perfuração uterina e indicação de cirurgia de urgência. Realizado laparotomia, com visualização de abaulamento de serosa uterina e aparente perfuração. Prosseguido histerectomia total (Figura 1), com sangramento difuso durante todo o procedimento, associado a taquicardia transoperatória. Transfundido um concentrado de hemácia adulto (CHAD). Pós histerectomia total, hemograma de controle apresentando anemia discreta (Hb 10,4 / Ht 31,2%), leucocitose (24.620/mm³). Prescrito sulfato ferroso, metronidazol e doxiciclina, com

término do tratamento ambulatorial e orientação de retorno para buscar resultado do anatomopatológico.



Figura 01. Peça anatomopatológica evidenciando rotura uterina.

DISCUSSÃO

Este relato de caso descreve esta rara forma de nidação, a qual vem aumentando sua incidência devido ao crescente número de cesarianas eletivas no Brasil, uma vez que é a segunda nação que mais realiza partos via alta no mundo^[5]. A investigação de GE é baseada na história clínica, dosagem da β -HCG e achados da USTV. À imagem, devem ser preenchidos critérios, sendo eles: cavidade uterina e canal cervical vazios, desenvolvimento do saco gestacional na porção anterior do istmo e ausência de miométrio normal entre a bexiga e o saco gestacional.^[6] O diagnóstico precoce é importante para reduzir a chance de complicações tais como ruptura, hemorragia e mortalidade materna, além de permitir opções terapêuticas menos invasivas e radicais. A RNM não é o

padrão-ouro para o reconhecimento de GE, no entanto, possui relevância como exame complementar.

Em relação a conduta, a forma expectante geralmente demora meses para sua resolução completa e está atrelada a malformações arteriovenosas uterinas e aumento do risco de rotura uterina, hemorragia e necessidade de histerectomia de emergência.

Já o manejo clínico, se baseia no uso de metotrexato, contudo, seu uso isolado requer longo período de tratamento e uso repetido de doses, tendo sucesso reduzido em gestações com β -HCG elevado (>10.000 UI/ml) ou na presença de atividade cardíaca fetal. O uso do medicamento também se relaciona a mais complicações, como a remanescência de restos ovulares, o que aumenta os riscos para a paciente e requer acompanhamento por tempo indeterminado. Por estes motivos, recomenda-se o uso de metotrexato associado a procedimentos cirúrgicos.

A resolução cirúrgica se baseia na retirada de todo o produto da concepção e na preservação da fertilidade se necessário. A histeroscopia é o tratamento mais efetivo, com taxa de sucesso de 39,1 a 88% dos casos, sendo recomendado sua realização guiada por US abdominal^[7]. As curetagens uterinas não são indicadas em casos de

aborto em cicatriz uterina devido ao alta taxa de falha na retirada do tecido trofoblástico e a grande associação de complicações graves, como hemorragia por rotura do útero com necessidade de histerectomia de emergência e risco de perfuração de órgãos adjacentes^[8].

Dessa forma, no caso relatado, foi possível observar que a conduta expectante e o esvaziamento uterino não foram bem sucedidos, havendo perfuração e necessidade de cirurgia de urgência.

REFERÊNCIAS

1. Tratado de obstetrícia Febrasgo / editores Cesar Eduardo Fernandes, Marcos Felipe Silva de Sá ; coordenação Corintio Mariani Neto. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2019.
2. Rotinas em obstetrícia / Organizadores, Sérgio H. Martins-Costa ... [et al.] - 7 ed. - Porto Alegre: Artmed, 2017
3. Doroszewska k. et al. Cesarean scar pregnancy — various methods of treatment. *Folia Medica Cracoviensia* 2019; 59(2):5-14. DOI: 10.24425/fmc.2019.128449
4. Gonzalez N., Tulandi T.: Cesarean Scar Pregnancy: A Systematic Review. *The Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2017; 24 (5): 731–738. DOI: 10.1016/j.jmig.2017.02.020
5. Organização Mundial de Saúde - 2021
6. Godin PA, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar. *Fertil Steril* 1997.1997 February;67(2):398-400. DOI: 10.1016/S0015-0282(97)81930-9

7. Reid JA, Bayer LL, Edelman AB, Colwill AC. Controversies in family planning: Management of cesarean-scar ectopic pregnancy. *Contraception*. março de 2021;103(3):208–12
8. Rotas MA, Haberman S, Levgur M. Cesarean scar ectopic pregnancy: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol*. 2006;107(6):1373-81.