



---

## RELATO DE CASO

---

### GESTAÇÃO ECTÓPICA EM CICATRIZ DE CESÁREA PRÉVIA, RELATO DE CASO

#### CESAREAN SCAR PREGNANCY, CASE REPORT

Eduardo Rovaris Sartoretto<sup>1</sup>Luiza Martins Baroni<sup>2</sup>Andressa Biscaro<sup>3</sup>

#### RESUMO

Gestação ectópica é a condição na qual ocorre implantação do embrião fora da cavidade uterina, sendo um dos locais mais raros as cicatrizes de histerotomia, objeto de estudo deste relato de caso. Paciente, 28 anos, procurou a emergência com queixa de dor em baixo ventre e sangramento vaginal discreto, beta-hCG positivo e ultrassonografia com diagnóstico de gestação ectópica com implantação na cicatriz da histerotomia prévia. Foi submetida a tratamento medicamentoso com metotrexate e acompanhada com dosagens seriadas de beta-hCG quantitativo. A terapêutica específica da gestação em cicatriz de cesárea prévia ainda não está bem estabelecida, portanto, segue o tratamento padrão das gestações ectópicas, o qual pode ser clínico ou cirúrgico dependendo das condições apresentadas pela paciente.

**Descritores:** Gestação ectópica, Metotrexate, Laparoscopia.

#### ABSTRACT

Ectopic pregnancy is a pregnancy outside the uterine cavity, one of the most uncommon place to occur is in a cesarean scar, which is the study object of this case report. Patient, 28, looked for help at emergency with complaint of pain in lower abdomen and discreet vaginal bleeding, positive beta-hCG and ultrasonography diagnosis of ectopic pregnancy implanted in the previous scar hysterotomy. She underwent a medicated treatment with methotrexate and monitored with serial measurements of quantitative beta-hCG. The specific therapy of cesarean scar pregnancy is not established yet, therefore, it follows the standard treatment of ectopic pregnancies, which can be clinical or surgical, depending on the patient's conditions.

**Keywords:** Ectopic pregnancy, Methotrexate, Laparoscopy

#### INTRODUÇÃO

Gestação ectópica ocorre quando o blastocisto se implanta em outra região que não o endométrio da cavidade uterina<sup>1</sup>. A localização mais comum é nas tubas uterinas, correspondendo a

---

<sup>1</sup> Acadêmico de Medicina UNESC, Criciúma – SC – Brasil.

<sup>2</sup> Acadêmica de Medicina UNESC, Criciúma – SC – Brasil.

<sup>3</sup> Mestre em Saúde Materno infantil pela Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ. Professora de obstetrícia do Hospital São José, Criciúma/SC



95% dos casos, e dessas, 80% ocorrem na região ampular. Apenas 5% delas em outro sítio de implantação<sup>2</sup>. Implantação em cicatriz uterina de histerotomia é rara, correspondendo a 1 caso em cada 2.000 gestações e 6% das gestações ectópicas em mulheres com cesárea prévia<sup>1,2</sup>.

## RELATO DE CASO

Paciente, 28 anos, procurou o centro obstétrico de um hospital público no município de Criciúma/SC, queixando-se de dor em baixo ventre e sangramento vaginal tipo borra de café. Referia antecedente obstétrico de duas cesarianas sem intercorrências e dois abortos. Portava laudo de ultrassonografia (US) realizada fora do serviço com diagnóstico de gestação ectópica em cicatriz de cesárea, compatível com 5 semanas e 6 dias e beta-hCG quantitativo com valor de 28.818 mIU/ml. Foi internada e submetida a nova US que identificou útero em anteversoflexão apresentando coleção hipocócica em cicatriz de histerotomia, medindo 1,9 x 1,3 x 1,2cm, compatível com saco gestacional. Não foi visibilizada vesícula vitelínica nem embrião. Nova dosagem laboratorial demonstrou declínio dos níveis de beta-hCG para 13.833,98 mIU/ml. Após discussão das possibilidades terapêuticas com a paciente e seus familiares, optou-se pelo tratamento medicamentoso com Metotrexate (MTX). A paciente evoluiu com melhora da dor e não apresentou efeitos adversos ao MTX, permanecendo internada para observação. Como seguimento, foi solicitado nova dosagem de beta-hCG quantitativo nos dias quatro e sete após a injeção de MTX, observando-se queda de 6.187mIU/ml para 4.422,93 mIU/ml. No dia seguinte, a paciente recebeu alta hospitalar com orientação de acompanhamento ambulatorial semanal com beta-hCG quantitativo até negativação do mesmo.

## DISCUSSÃO

Acredita-se que o mecanismo de implantação do blastocisto em cicatriz de histerotomia prévia seja a migração do embrião através de uma porção defeituosa do segmento uterino inferior ou por uma fístula microscópica entre a cicatriz. Gestação ectópica prévia, infecções pélvicas, uso de pílulas de progesterona ou dispositivos intrauterinos, tabagismo e fertilização *in vitro* são considerados fatores de risco, assim como também pode estar associada a adenomiose, curetagem e remoção manual da placenta<sup>2</sup>.

Em relação às manifestações clínicas, a paciente pode ser assintomática (37%) ou apresentar quadro clínico variando desde sangramento vaginal, associado ou não a dor abdominal e no local da cicatriz, até ruptura uterina e choque hipovolêmico<sup>1,2</sup>.

O diagnóstico é feito por meio da US, a qual revelará alargamento da cicatriz uterina com uma massa que pode protuberar através do contorno anterior do útero. Outros achados incluem a presença de trofoblasto entre a bexiga e a parede anterior do útero e cavidade uterina vazia. Através do *Doppler*, pode-se identificar ausência de miométrio entre o saco gestacional e a bexiga, evidência de perfusão da vasculatura do peritrofoblasto e descontinuidade da parede anterior do útero no plano sagital. Os diagnósticos diferenciais incluem gestação ectópica cervical e placenta acreta<sup>1,2</sup>.

O tratamento ideal continua incerto e deve ser individualizado, levando-se em consideração o desejo reprodutivo, o tamanho da massa ectópica e a idade gestacional<sup>1</sup>.



Em pacientes hemodinamicamente estáveis, o tratamento mais utilizado é feito com MTX, sendo administrado por via intramuscular através de uma dose única de 50mg/m<sup>2</sup> ou 1mg/Kg. As candidatas ideais para essa terapia são aquelas sem evidências de doenças renais, hepáticas ou hematológicas, dosagem de beta-hCG pré-tratamento <5.000 mUI/ml, com tamanho menor que 4cm ou ausência de atividade cardíaca embrionária e capazes de manter acompanhamento com dosagem semanal de beta-hCG quantitativo. É realizado o seguimento com beta-hCG no quarto e sétimo dias após administração do MTX, tendo como critério de resolução uma queda de pelo menos 15% entre os valores. Caso não haja diminuição esperada dos níveis de beta-hCG, novas doses de MTX podem ser utilizadas. Observado declínio adequado, o seguimento ambulatorial é realizado através de dosagens semanais de beta-hCG quantitativo, até que o mesmo encontre-se indetectável<sup>3</sup>. As desvantagens da terapia medicamentosa são: resolução lenta da gravidez e risco de ruptura e hemorragia<sup>1</sup>. Os efeitos adversos são dose-dependentes e estão presentes em 30% das pacientes, dentre os quais encontram-se náuseas, erupções cutâneas, elevação das transaminases hepáticas, febre, estomatite, alopecia, cefaléia, nefrotoxicidade, além de mielossupressão e anormalidades hematológicas como anemia, macrocitose, trombocitopenia e leucopenia, devendo, portanto, realizar exames periódicos para acompanhamento durante o tratamento com MTX. A administração de ácido fólico 1mg/dia concomitante ao tratamento é indicada com objetivo de reduzir a incidência de tais efeitos<sup>4</sup>.

A embolização das artérias uterinas (EAU) tem sido utilizada para reduzir o risco de hemorragia significativa em pacientes que serão submetidas a cirurgia conservadora ou terapia com MTX, visto que antes da introdução desta técnica, a incidência de sangramento maciço durante tratamento era em torno de 32-73%, enquanto que, após disseminação da mesma, esse risco reduziu para 8-17%<sup>1,5</sup>.

Entre as abordagens cirúrgicas, a ressecção local possui vantagem de remover a gestação assim como reparar o defeito uterino e diminuir o risco de hemorragia<sup>1</sup>. As indicações de tratamento cirúrgico incluem pacientes em situações de emergência, como sinais de hemorragia ou instabilidade hemodinâmica. Outras candidatas são aquelas com contra-indicações à terapia com MTX, assim como as que obtiveram falha com a mesma, ou ainda aquelas desejam esterilização concomitantemente ao procedimento<sup>3,6</sup>.

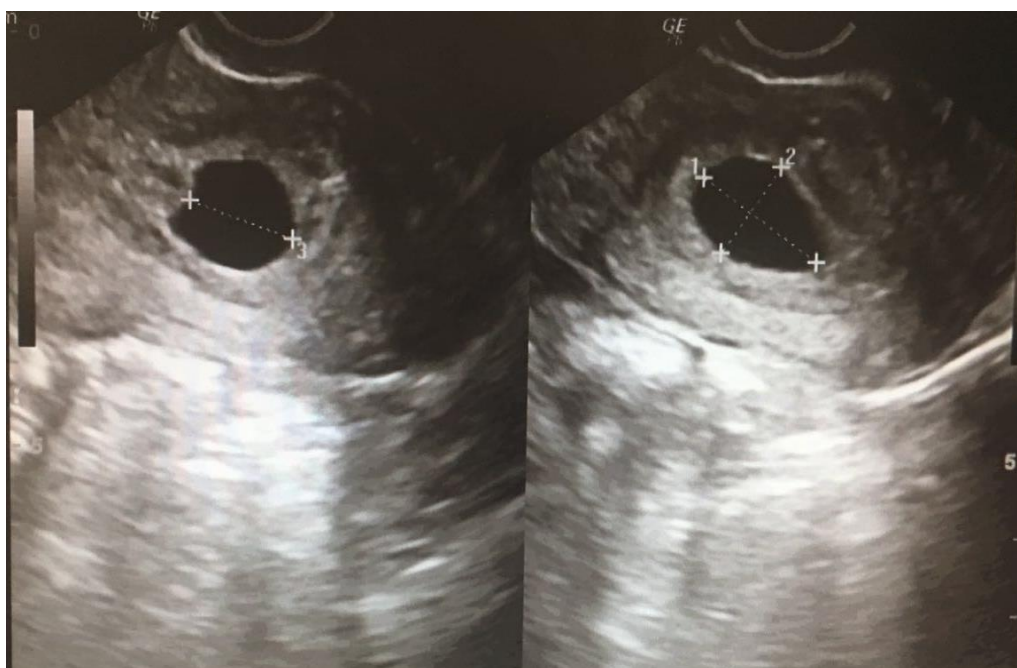
Em um estudo entre os procedimentos cirúrgicos, a realização de laparoscopia combinado à histeroscopia complementares à EAU mostrou-se superior em relação a curetagem uterina, tendo em vista parâmetros como diminuição do tempo de permanência hospitalar, menor risco de complicações severas, melhor recuperação da função uterina, menor número de sequelas pós-operatórias, menores taxas de dismenorréia secundária, menor ocorrência de ciclos menstruais irregulares, assim como possível correção do defeito uterino. Apesar destes benefícios oferecidos pela técnica, o custo ainda é muito superior quando comparado ao da curetagem uterina. Em alguns casos, com evolução desfavorável da cirurgia, como sangramento incontrolável, poderá ser necessária a realização de laparotomia exploradora e histerectomia<sup>5</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. A MOLINARO, Thomas. **Abdominal pregnancy, cesarean scar pregnancy, and heterotopic pregnancy**. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/abdominal->



- pregnancy-cesarean-scar-pregnancy-and-heterotopic-pregnancy?source=search\_result&search=gravidez+ectopica+cicatriz+uterina+previa&selecte dTitle=1~150>. Acesso em: 30 nov. 2015.
2. PARKER, Victoria Louise; SRINIVAS, M.. Non-tubal ectopic pregnancy. **Arch Gynecol Obstet**, [s.l.], v. 294, n. 1, p.19-27, 7 abr. 2016. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-016-4069-y>.
  3. TULANDI, Togas. **Ectopic pregnancy: Choosing a treatment and methotrexate therapy**. Disponível em: <[http://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-choosing-a-treatment-and-methotrexate-therapy?source=see\\_link](http://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-choosing-a-treatment-and-methotrexate-therapy?source=see_link)>. Acesso em: 13 abr. 2016.
  4. KREMER, Joel M. **Major side effects of low-dose methotrexate**. Disponível em: <[http://www.uptodate.com/contents/major-side-effects-of-low-dose-methotrexate?source=see\\_link](http://www.uptodate.com/contents/major-side-effects-of-low-dose-methotrexate?source=see_link)>. Acesso em: 1 jun. 2016.
  5. HE, Yifeng et al. Combined laparoscopy and hysteroscopy vs. uterine curettage in the uterine artery embolization-based management of cesarean scar pregnancy: a retrospective cohort study. **Bmc Women's Health**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.1-8, 24 set. 2014. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-14-116>.
  6. TULANDI, Togas. **Ectopic pregnancy: Surgical treatment**. Disponível em: <[http://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-surgical-treatment?source=see\\_link](http://www.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-surgical-treatment?source=see_link)>. Acesso em: 8 set. 2016.



**Figura 1.** US-TV mostrando coleção hipoecóica em cicatriz de histerotomia medindo 1,9x1,3x1,2cm, sugestiva de saco gestacional.