

## RELATO DE CASO

# GESTAÇÃO ECTÓPICA EM CICATRIZ EM CESÁREA

KATHIANE LUSTOSA **AUGUSTO**<sup>1</sup>; ANDREISA PAIVA MONTEIRO **BILHAR**<sup>1</sup>; SARA ARCANJO LINO **KARBAGE**<sup>1</sup>; AYANE LAYNE DE SOUSA **OLIVEIRA**<sup>1</sup>; GABRIEL MARCOS **LEÔNIDAS**<sup>2</sup>.

1- Médico Ginecologista e Obstetra do Instituto Salvata.  
2- Acadêmico de Medicina, Universidade Federal do Ceará.

Artigo submetido em: **XX/XX/2022**  
Artigo aceito em: **XX/XX/2022**  
Conflitos de interesse: não há.

Autor Correspondente: leonidasgabriel@alu.ufc.br.

## RESUMO

Gestação ectópica representa a implantação ovular extrauterina. Sua incidência é baixa na totalidade das gestações, mas esse número é ascensional e é associada a elevada mortalidade materna. A gestação ectópica em cicatriz de cesárea é a forma mais rara de ectopia, que ocorre quando o blastocisto se implanta em uma cicatriz uterina proveniente de cesariana prévia. A invasão células embrionárias em multiplicação podem ocasionar graves consequências com potencial de mortalidade, como hemorragia e ruptura uterina. Apenas uma cesariana prévia já predispõe a ocorrência dessa condição, e há evidências que sugerem que uma cicatrização uterina prejudicada possa predispor o seu desenvolvimento. Caracteriza-se por difícil diagnóstico ultrassonográfico e tem a laparoscopia como principal abordagem cirúrgica. Por fim, a ausência de uma boa indicação médica pode ocasionar alta morbidade e comprometimento da saúde reprodutiva.

**Palavras-chave:** Gravidez Ectópica; Laparoscopia; Ginecologia.

## ABSTRACT

Ectopic pregnancy represents extrauterine ovular implantation. Its incidence is low when considered the totality of pregnancies, but this number is rising, and it is associated with high maternal mortality. Cesarean scar pregnancy is the rarest form of ectopy, which occurs when the blastocyst implants in a uterine scar from a previous cesarean section. Invasion of the multiplying embryonic cells can cause serious consequences with the potential for mortality, such as hemorrhage and uterine rupture. One previous cesarean section is already capable of predisposing to the occurrence of this condition, and there is evidence that suggest that impaired uterine healing may predispose to its development. It is characterized by a difficult ultrasound diagnosis and laparoscopy is the main surgical approach. Finally, the absence of a adequate medical conduct causes high morbidity and compromises reproductive health

**Keywords:** Ectopic Pregnancy; Laparoscopy; Gynecology.

## INTRODUÇÃO

A gestação ectópica em cicatriz de cesárea (GCC) ocorre quando o blastocisto se implanta em uma cicatriz uterina proveniente de cesariana prévia. Esse fenômeno é raro, com incidências variando entre 1/1800 e 1/2500 do total de cesarianas realizadas (1,2).

Durante uma gestação normal, o tecido trofoblástico penetra o miométrio e remodela a vascularização para permitir uma menor resistência e um fluxo maior ao feto. Essa invasão fisiológica é parada pela camada fibrinóide de Nitabuch, impedindo o alcance ao tecido endometrial. Quando há uma implantação gestacional em região de histerorrafia,

o tecido miometrial de comprimento residual diminuído não apresenta a mesma oposição à invasão trofoblástica (3).

## RELATO DE CASO

Mulher de 31 anos, G2 P1C A0, busca serviço de obstetrícia para acompanhamento pré-natal e ultrassonografia revela implantação próxima ao orifício interno do colo uterino e área heterogênea em fundo uterino (sugerindo hematoma). Paciente estava hemodinamicamente estável, assintomática e sem sangramento vaginal.

Após 1 semana em uso de progesterona oral, ultrassom foi repetido, sendo identificado embrião

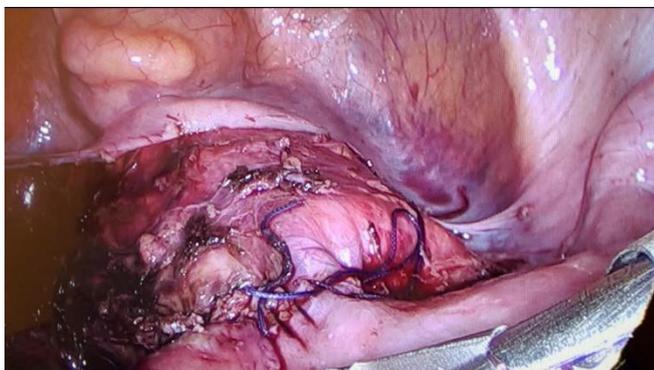
sem batimentos cardíacos, de 6 semanas e 4 dias (medida por biometria) e comprimento cabeça-nádegas de 6,8mm. Também avaliado volumoso hematoma fúndico, saco gestacional implantado na junção colo/corpo (localizado a 3,5cm do fundo uterino) e vesícula contraída (**Figura 1**).



**Figura 1.** Ultrassonografia do paciente em questão.  
**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

Encaminhada ao serviço de ginecologia para abordagem cirúrgica de excisão de hematoma e de tecido trofoblástico em cicatriz de cesárea. Laparoscopicamente, foi identificado abaulamento e invasão tecidual em região ístmica, na qual localiza-se histerorrafia.

A partir da dissecação do peritônio vesico-uterino, acessou-se a região de junção corpo-colo e realizou-se excisão de hematoma e de saco gestacional. Para aproximar corpo e colo uterinos, foi feita sutura em dois planos, indicada para melhor cicatrização e maior manutenção de comprimento miométrial residual.



**Figura 2.** Visualização intra-operatória.  
**Fonte:** imagem pertencente aos arquivos pessoais dos próprios autores.

A paciente teve alta e evoluiu bem. Na consulta pós-operatória, encontrava-se assintomática. Histe-

roscopia subsequente não deflagrou patologias adicionais. Biópsia demonstrou apenas células decíduais.

## DISCUSSÃO

A invasão profunda do defeito cicatricial em direção à bexiga e à cavidade abdominal pode complicar com ruptura uterina e sangramento em estágio inicial da gestação. Por isso, é importante um diagnóstico precoce e uma conduta baseada em evidências para alcançar os melhores resultados <sup>(4)</sup>.

O aumento do número de casos de gestação ectópica em cicatriz de cesárea está possivelmente relacionado ao aumento do número de partos cesáreos nos últimos anos, assim como ao avanço do diagnóstico ultrassonográfico <sup>(4)</sup>. É essencial que o ultrassonografista considere a possibilidade dessa condição na sua avaliação em mulheres com uma ou mais cesarianas prévias <sup>(5)</sup>.

É esperado que muitas gestações ectópicas em cicatriz de cesárea resultem em uma morte espontânea do embrião, ainda no primeiro trimestre<sup>(3)</sup>. Além disso, embora muito rara, essa condição apresenta frequentes e graves complicações quando não tratada adequadamente. Assim, a recomendação atual é de diagnóstico e excisão do conteúdo gestacional <sup>(6)</sup>.

Há evidências que sugerem que uma cicatrização uterina prejudicada possa predispor o desenvolvimento desse tipo de ectopia. Contribuem para esse fenômeno fatores como fechamento inadequado da incisão uterina, infecções pós-operativas, diabetes e distúrbios de colágeno <sup>(7,8)</sup>. Também se observou clinicamente que um curto intervalo entre parto cesariano e gravidez subsequente aumenta a probabilidade de haver ectopia na cicatriz <sup>(9)</sup>.

O objetivo do tratamento é preservar a fertilidade e prevenir complicações que ameaçam a vida, como hemorragia e ruptura uterina <sup>(10)</sup>. Um estudo com oito casos bem-sucedidos, sem necessidade de conversão para laparotomia, propôs a ressecção de todo o tecido trofoblástico através da vídeolaparoscopia e sutura endoscópica com pontos separados de ácido poliglicólico 2-0 das bordas sadias do miométrio <sup>(11)</sup>.

Ainda há poucos relatos de caso publicados sobre o tratamento laparoscópico da gestação ectópica em cicatriz de cesárea. Essa abordagem é válida quando o crescimento ocorre em direção à bexiga e à cavidade abdominal (caracterizando uma invasão profunda) <sup>(12)</sup>.

O paciente deve estar hemodinamicamente estável e o procedimento deve ser realizado por um cirurgião experiente. O procedimento inicia-se com a separação da bexiga do seguimento baixo uterino, e o saco gestacional é excisionado da parede uterina. Se necessário, pode ser feita uma oclusão da artéria uterina <sup>(13,14)</sup>,

A principal vantagem da abordagem laparoscópica é a completa remoção dos produtos da concepção no momento da cirurgia, reduzindo o tempo de acompanhamento do paciente <sup>(4)</sup>.

## CONCLUSÃO

O aumento de partos cesarianos deve aumentar o número de gestações ectópicas em cicatriz de cesárea, e os profissionais da saúde devem estar conscientes da sua ocorrência. Embora com reduzida incidência, suas graves consequências evidenciam uma patologia que deve ser estudada para um diagnóstico precoce e um tratamento efetivo.

Ultrassonografias precoces, ainda no primeiro trimestre da gestação, podem excluir o potencial de morbidade e mortalidade da gestação ectópica em cicatriz de cesárea. Ademais, o tratamento cirúrgico laparoscópico, quando bem indicado, tem demonstrado capacidade de solucionar essa condição de maneira minimamente invasiva e com muitos benefícios ao paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Jauniaux E, Jurkovic D. Placenta accreta: pathogenesis of a 20th century iatrogenic uterine disease. *Placenta* 2012;33:244-51
2. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, et al. Cesarean scar pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21:310.
3. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, D'Antonio F, Kaelin Agten A. Cesarean Scar Pregnancy: Diagnosis and Pathogenesis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019 Dec;46(4):797-811. doi: 10.1016/j.ogc.2019.07.009. PMID: 31677755.
4. Gonzalez N, Tulandi T. Cesarean Scar Pregnancy: A Systematic Review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017 Jul-Aug;24(5):731-738. doi: 10.1016/j.jmig.2017.02.020. Epub 2017 Mar 6. PMID: 28268103.
5. Arruda Mde S, de Camargo Júnior HS. Gravidez ectópica na cicatriz uterina de cesárea: relato de caso [Cesarean scar ectopic pregnancy: a case report]. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008 Oct;30(10):518-23. Portuguese. doi: 10.1590/s0100-72032008001000007. PMID: 19082389.
6. Elito Júnior J, Montenegro NMM, Soares RC, Camano L. Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. Situação atual. *Rev Bras Ginecol. Obstet.* 2008;30(3):149-59.
7. Holland MG, Bienstock JL. Recurrent Ectopic Pregnancy in a Cesarean Scar. *Obstet Gynecol.* 2008;111:541-5.
8. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, Vintzeleos A, Viscarello R, Al-Khan A et al. Cesarean scar pregnancy is a precursor of morbidly adherent placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014;44: 346-53.
9. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, Palacios-Jaraquemada JM, Maymon R, Arslan AA et al. Cesarean scar pregnancy and early placenta accreta share common histology. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014;43:383-95.
10. Zhang Y, Gu Y, Wang JM, Li Y. Analysis of cases with cesarean scar pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39:195-202.
11. Wang YL, Su TH, Chen HS. Operative laparoscopy for unruptured ectopic pregnancy in a caesarean scar. *BJOG.* 2006;113(9):1035-8.
12. Litwicka K, Greco E. Cesarean scar pregnancy: a review of management options. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2013;25:456-61.
13. Zhai JF, Xu M, Zhang B, Gao JW, Chen N. Treatments of cesarean scar pregnancy and the corresponding results in ten years. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015; 19:2523-7.
14. Wang L, Sun L, Wang L, Chen H, Ouyang X, Qiu H. Laparoscopic temporary bilateral uterine artery occlusion with silicone tubing to prevent hemorrhage during vacuum aspiration of cesarean scar pregnancies. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015;41:1762-8.