

## GRAVIDEZ ECTÓPICA SEGMENTAR COM 21 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL: UM RELATO DE CASO

Ana Faria Ulhoa (anaulhoa@hotmail.com)<sup>1</sup> Márcia Ferreira Resende<sup>2</sup> Camila Rita de Souza Bertoloni<sup>3</sup> Felipe de Neiva Granja<sup>4</sup>

(1) Médica residente em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional Antônio Dias (2) Médica especialista em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional Antônio Dias (3) Médica residente em Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Regional Antônio Dias (4) Médico especialista do Medic Imagem Diagnósticos

Instituição participante: Hospital Regional Antônio Dias

Número do parecer de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa: 4.886.491

### INTRODUÇÃO

A gestação que ocorre fora da cavidade corporal do útero é denominada gravidez ectópica, sendo esta a principal causa de morte materna no primeiro trimestre da gestação. Quando os produtos da concepção se desenvolvem na intimidade do miométrio de uma cicatriz de cesariana prévia, denomina-se gravidez em cicatriz de cesárea.

A gravidez em cicatriz de cesárea é uma forma rara de gravidez ectópica, com risco iminente, podendo resultar em rotura uterina, hemorragia e morte materna.

Embora não seja bem estabelecido os fatores que predispõem este tipo de gestação, parece não haver relação entre o número de cesarianas prévias e a ocorrência de gravidez na cicatriz de cesárea.

O diagnóstico precoce através da ultrassonografia (US) e ressonância nuclear magnética (RNM), associado a conduta adequada e individualizada, reduz de forma significativa a mortalidade materna decorrente da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea.

### OBJETIVO

Descrever a abordagem de um caso de uma gestante com 21 semanas de idade gestacional apresentando gravidez ectópica segmentar na cicatriz uterina de cesárea prévia, bem como o desfecho materno favorável.

### RELATO DE CASO

Gestante P.S.E., sexo feminino, 36 anos, G5PC1N3A0, idade gestacional de 20 semanas e 2 dias pela DUM do dia 06/10/2020, compatível com Ultrassonografia (US) do dia 04/01/2021 com 12 semanas e 2 dias, compareceu ao pronto atendimento no dia 25/02/2021, apresentando a seguinte US do dia 18/02/2021: “Útero gravídico, com distensão do seu segmento inferior com importante afilamento da parede uterina (0,3cm) e projeção da cavidade amniótica nesta localização. Porção fúndica da cavidade endometrial não apresenta relação com a placenta ou cavidade amniótica. Realizado complementação pela via endovaginal com evidente afilamento da parede uterina anterior, colo de difícil acesso medindo 2,1cm. Feto único. Placenta anterior grau I. Gestação única com biometria de 18 semanas e 4 dias. Aparente implantação baixa com distensão do segmento inferior e importante afilamento da parede uterina anterior (projeção da cavidade amniótica nessa localização). Vitalidade fetal preservada”. Paciente foi internada para melhor elucidação diagnóstica. Realizado posteriores exames de imagens, como US (Figura 1) e Ressonância Nuclear Magnética (Figura 2), sendo firmado a hipótese diagnóstica de gravidez ectópica em cicatriz de cesárea com estiramento de segmento inferior do útero. Dessa forma, após esclarecer e orientar a paciente sobre os riscos em manter a gestação, bem como a inviabilidade da mesma, foi discutido entre a equipe médica e multidisciplinar, sendo optado por interrupção da gestação. A paciente foi submetida ao procedimento cirúrgico no dia 02/03/2021, onde foi evidenciado afilamento da parede uterina com sustentação somente por serosa e implantação placentária anterior invadindo a mesma em região de cicatriz uterina de cesárea prévia. Foi retirado o feto, pesando 356 gramas. Durante o ato operatório, a paciente apresentou sangramento uterino aumentado sendo revertido após protocolo clínico de hemorragia puerperal. Diante de risco materno aumentado em próxima gestação, realizado laqueadura tubária sob consentimento da paciente. Posteriormente, evoluiu com hipotonia uterina com saída de grande quantidade de coágulos e instabilidade hemodinâmica, e após visualização de sangramento ativo em região cervical, realizado histerectomia total com reversão do quadro. Paciente permaneceu por mais três dias em leito de alojamento conjunto, recebendo alta hospitalar após estabilidade clínica obstétrica, sem demais intercorrências.



Figura 1



Figura 2

### DISCUSSÃO

A implantação e o desenvolvimento da gestação na cicatriz de cesárea prévia é uma forma rara de gravidez ectópica com potencial risco de vida. O mecanismo fisiopatológico ocorre, provavelmente, pela penetração do trofoblasto no miométrio a partir de uma deiscência microscópica em cicatriz uterina prévia. Pouco se conhece a respeito dos fatores que predispõem essa rara condição, mas parece não haver relação entre o número de cesáreas prévias e a ocorrência de gravidez na cicatriz da cesariana. O diagnóstico precoce realizado pela US, associado ao tratamento adequado, pode prevenir as complicações específicas, como rotura uterina, hemorragia e óbito materno. Apesar de que a maioria dos autores concorda que a interrupção da gestação no primeiro trimestre seja a melhor forma de abordagem, o tratamento deve ser individualizado pois depende de diversos fatores, como desejo reprodutivo, tamanho da massa ectópica e idade gestacional, assim como estabilidade hemodinâmica da paciente. Portanto, o tratamento varia em conduta expectante, medicamentosa e cirúrgica. Em relação a conduta expectante nas pacientes que não desejam a interrupção da gestação por uma perspectiva de se chegar no termo, houve um aumento nas taxas de complicações graves. Se a paciente não apresentar evidências de doenças renais, hepáticas ou hematológicas, estiver hemodinamicamente estável, apresentando o beta-hCG <5.000 mUI/ml, sendo a gravidez íntegra de até 4 cm no seu maior diâmetro e ausência de atividade cardíaca embrionária, o tratamento mais utilizado é feito com administração sistêmica de metotrexato (MTX). Entretanto, evidenciado resultados satisfatórios também com a administração local de MTX, cloreto de potássio e solução hiperosmolar, via abdominal ou transvaginal e guiada por US. Não é indicado como tratamento de escolha a curetagem uterina por insucesso na remoção do tecido trofoblástico e por apresentar complicações graves frequentes, como rotura uterina e perfuração vesical. E naquelas pacientes com falha no tratamento medicamentoso ou quando se tem o diagnóstico muito tardio, a laparotomia com ressecção de todo o tecido trofoblástico deve ser sempre avaliada.

Quanto ao caso apresentado, o diagnóstico de gravidez ectópica na cicatriz da cesárea foi tardio, e devido ao risco materno considerável, optado por conduta cirúrgica para interrupção da gestação. O ato operatório confirmou o risco iminente de rotura uterina, reforçando que o tratamento estabelecido foi o mais adequado naquele momento. Pela raridade desse tipo de gravidez ectópica e de suas frequentes complicações, não há um protocolo bem estabelecido para condução de tais casos. Diante disso, em um primeiro momento foi tentado a preservação do útero da paciente, porém a mesma evoluiu com complicações, sendo necessário a realização de histerectomia.

### CONCLUSÃO

Diante do exposto acima, um diagnóstico preciso de gravidez ectópica em cicatriz de cesárea é fundamental a fim de evitar complicações graves. Atualmente, ainda é difícil indicar em qual caso terá um bom prognóstico com recém-nascido vivo. Portanto, o procedimento cirúrgico, tão logo seja firmado o diagnóstico, é a melhor forma de evitar as temíveis complicações.

### PALAVRAS-CHAVE

Gravidez ectópica; gravidez em cicatriz de cesárea; cesariana prévia.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASH A, SMITH A, MAXWELL D. *Caesarean scar pregnancy*. **BJOG**. 2007;114(3):253-63.
- CHENG PJ, CHUEH HY, SOONG YK. *Sonographic diagnosis of a uterine defect in a pregnancy at 6 weeks' gestation with a history of curettage*. **Ultrasound Obstet Gynecol**. 2003;21(5):501-3.
- ELITO JÚNIOR J *et al*. Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. Situação atual. **Rev Bras Ginecol. Obstet**. 2008;30(3):149-59.
- FYLSTRA DL *et al*. *Ectopic pregnancy within a cesarean delivery scar: a case report*. **Am J Obstet Gynecol**. 2002;187(2):302-4.
- MAYMON R *et al*. *Ectopic pregnancies in a caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication*. **Hum Reprod Update**. 2004;10(6):515-23.
- ROTAS MA, HABERMAN S, LEVGUR M. *Cesarean scar ectopic pregnancy: etiology, diagnosis, and management*. **Obstet Gynecol**. 2006;107(6):1373-81.
- ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib Obstetrícia**. 4ª ed. São Paulo: Manole, 2020.

### AGRADECIMENTO

Medic Imagem Diagnósticos.