



Reprodução & Climatério

<http://www.sbrh.org.br/revista>



Relato de caso

Sucesso no tratamento conservador da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea

Daniela Angerame Yela* e Nathalia Marchiani

Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 29 de março de 2013

Aceito em 29 de abril de 2013

On-line em 13 de agosto de 2013

Palavras-chave:

Gravidez ectópica

Cicatriz de cesárea

Embolização da artéria uterina

Keywords:

Ectopic pregnancy

Cesarean scar

Uterine artery embolization

R E S U M O

A implantação da gravidez na cicatriz de cesárea é considerada uma forma rara de gestação ectópica com uma alta morbidade e mortalidade. Esse tipo de gestação ectópica pode causar complicações graves que pode resultar em histerectomia e comprometimento do futuro reprodutivo da mulher. Reportamos um caso de um tratamento conservador com sucesso.

© 2013 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](#)

Successful conservative management of ectopic pregnancy in cesarean scar

A B S T R A C T

Implantation of a pregnancy within a cesarean delivery scar is considered to be the rarest form of ectopic pregnancy, with a high morbidity and mortality. Pregnancy in a cesarean delivery scar may cause catastrophic complications which may result in hysterectomy and compromise the reproductive future of a woman. We report a case that was treated conservatively with success.

© 2013 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Published by Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](#)

Introdução

A implantação de uma gravidez na cicatriz de cesárea é considerada a apresentação mais rara de uma gravidez ectópica e

de elevada morbimortalidade.¹ O primeiro caso foi descrito em 1978 por Larsen e Solomon e sua incidência vem aumentando por causa do aumento de parto cesárea e da melhor acurácia do ultrassom para diagnóstico.² A gravidez na cicatriz de cesárea pode causar complicações catastróficas, como ruptura

* Autor para correspondência.

E-mail: yeladaniela@hotmail.com (D.A. Yela).

uterina, que causa uma grave hemorragia com risco de vida e leva à histerectomia, que compromete o futuro reprodutivo da mulher.³

Relatamos um caso que foi tratado conservadoramente com sucesso.

Relato do caso

Gestante de 28 anos, secundigesta, com uma cesárea anterior, com queixa de atraso menstrual de três meses e sangramento vaginal havia 11 dias. Foi encaminhada ao Centro de Atenção Integral da Mulher (CAISM/UNICAMP) em 18 de maio de 2011 com ecografia de sua cidade, de 7 de maio de 2011, que mostrava gestação de sete semanas e um dia, com batimentos cardíacos fetais (BCF) presentes, com implantação do saco gestacional em região istmo-cervical infiltrando miométrio até a serosa. A gestante encontrava-se hemodinamicamente estável, com sangramento discreto via vaginal e colo impérvio ao toque vaginal. Exames laboratoriais normais (hemograma, coagulograma, função renal e hepática), com hemoglobina de 12,1 g/dL e β hcg 89722 Mui/mL. A ecografia de 18 de maio evidenciava gestação de oito semanas e cinco dias (CCN 10,5 mm), com volume uterino de 308,5 cm³, saco gestacional de 24 × 17 × 22 mm, embrião vivo implantado em topografia de histerorrafia estendendo-se até a serosa dessa região e presença de hematoma em região fúndica do útero de 58 × 24 × 37 mm (V = 65 mL) (figs. 1-3).

Em 19 de maio foi submetida à aplicação de 79 mg de metotrexate intraovular. Após o procedimento não se evidenciavam mais batimentos cardíacos fetais.

Evolui com sangramento e queda dos níveis de hemoglobina (10,6 g/dL) e então foram aplicados 91,5 mg de metotrexate intramuscular. Feita nova ecografia, que mostrava embrião (CCN 9 mm) com BFC ausente, com saco

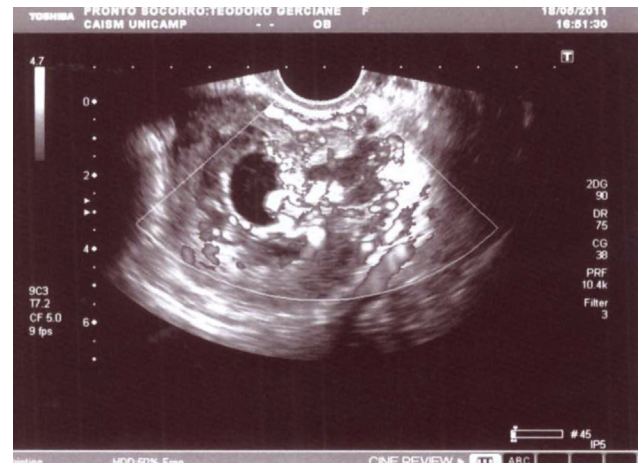


Figura 1 – Saco gestacional e decídua implantados na topografia de histerorrafia que mostra grande vascularização dessa área.

gestacional de 32 × 19 × 32 mm implantado em região de histerorrafia e hematoma de 95 × 34 × 80 mm (V = 137 mL).

Durante seu acompanhamento a paciente mantinha-se estável, sem sangramento via vaginal e com regressão do hematoma e do saco gestacional à ecografia e queda dos níveis de β hcg (43369 mUI/mL) e teve alta após oito dias de internação, com orientação de retorno em uma semana para controle.

A paciente retorna em uma semana com queda do β hcg (17908 Mui/mL), mas com aumento do saco gestacional (37 × 13 × 25 mm). Como a paciente encontrava-se estável e com desejo de preservar sua fertilidade, optamos por acompanhamento clínico.

Após uma semana, a paciente retorna com queixa de sangramento via vaginal intenso havia três dias. Ao exame



Figura 2 – Implantação da gestação na histerorrafia.



Figura 3 – Hematoma em região fúndica do útero.

apresentava-se descorada, com sinais vitais estáveis e com colo impérvio ao toque. Apresentava queda dos níveis de hemoglobina (8,6 g/dL) e imagem ecográfica mantida. A paciente foi internada com manutenção do sangramento e da queda dos níveis de hemoglobina (7,9 g/dL) e então foi submetida à curetagem uterina, com saída de moderada quantidade de restos e introdução de sonda Folley número 20, com insuflação de 35 mL de soro no balão no interior do útero para tamponar o sangramento. Por causa da queda da hemoglobina (6,9 g/dL), a paciente foi submetida à transfusão de três bolsas sanguíneas. Após o procedimento, apresentava hemoglobina de 8,5 g/dL. A sonda Folley foi retirada após 24 horas, com diminuição do sangramento, mas queda dos níveis de hemoglobina (7,6 g/dL). A ecografia evidenciava um conteúdo complexo com grande vascularização em topografia de istmo de $77 \times 57 \times 77$ mm compatível com coágulos e restos ovulares (fig. 4).

Por causa do desejo de preservar seu útero, a paciente foi submetida a embolização das artérias uterinas, com boa evolução e diminuição do sangramento e melhoria nos níveis de hemoglobina (8,6 g/dL). A ecografia pós-embolização mostrava o mesmo conteúdo em região de istmo com diminuição da vascularização e então a paciente foi submetida à curetagem uterina guiada por ultrassom. Foi necessária transfusão de uma bolsa de sangue durante o procedimento. A paciente recebeu alta no dia seguinte em bom estado geral, com discreto sangramento e com hemoglobina de 9 g/dL e β hcg de 1026 mUI/mL. Após dois dias da alta, a ecografia mostrava imagem ecogênica em região anterior do útero de $14 \times 17 \times 26$ mm sem fluxo ao doppler e β hcg de 196 mUI/mL. A ecografia de 10 dias após mostrava sinais de processo cicatricial em topografia istmo uterino com β hcg de 4,3 mUI/mL. Após oito meses de evolução a ecografia mostrava-se normal, com útero de $68,5 \text{ cm}^3$ de volume.

Discussão

A gravidez ectópica em cicatriz de cesárea é rara. De 1978 a 2006 só havia 155 casos descritos na literatura e muitos eram do mesmo centro.⁴

Desde o advento da ultrassonografia transvaginal, esse tipo de gravidez ectópica, que costumava ser tratada com histerectomia na maioria dos casos por ruptura uterina e intenso sangramento, pode ser diagnosticada precocemente e tratada de maneira conservadora, com preservação da fertilidade.⁵

Em uma revisão de literatura, a administração sistêmica de metotrexate é uma opção para pacientes estáveis hemodinamicamente e a administração local de metotrexate ou cloreto de potássio guiado por ultrassom é outra opção. Após esses



Figura 4 – Conteúdo complexo (coágulos e restos uterinos) em istmo.

procedimentos, deve-se fazer a aspiração cirúrgica do conteúdo guiada por ultrassom.⁶ Um estudo alemão publicou, de 1996 a 2007, 55 casos de ectópica em cicatriz de cesárea tratadas com metotrexate local e sistêmico e 34 tiveram sucesso com o tratamento clínico.⁷

Outra opção de tratamento conservador é a retirada do conteúdo intrauterino por histeroscopia. Foram descritos poucos casos na literatura em gestações ectópicas iniciais.⁸

Atualmente a embolização da artéria uterina vem sendo a opção para o tratamento conservador da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea. Os estudos mostram um índice de sucesso grande quando associada à administração de metotrexate.⁸ Os estudos mostram associação de embolização com curetagem, embolização com metotrexate ou metotrexate com curetagem.^{9,10} Neste caso descrevemos a associação de três modalidades de tratamento (metotrexate, embolização e curetagem) com boa resposta.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Fylstra DL, Pound-Chang T, Cooper A, Miler KM. Ectopic pregnancy within a cesarean delivery scar: a case report. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:302-4.
2. Bignardi T, Condous G. Transrectal ultrasound-guided surgical evacuation of cesarean scar ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2010;35:481-5.
3. Herman A, Weinraub Z, Avrech O, Maymon R, Ron-El R. Bukovsky Follow up and outcome of isthmic pregnancy located in a previous caesarean section scar. *Br J Obstet Gynecol.* 1995;102:839-41.
4. Rotas MA, Haberman S, Levgur M. Cesarean scar ectopic pregnancy: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol.* 2006;107:1373-81.
5. Golin PA, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar. *Fertil Steril.* 1997;67:398-400.
6. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Herman A. Ectopic pregnancies in a caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. *Hum Reprod Update.* 2004;10:515-23.
7. Vaate AJMB, Brolmann HAM, Slikke JW, Wouters MGAJ, Schats R, Huirne JAF. Therapeutic options of caesarean scar pregnancy: case series and literature review. *J Clinical Ultrasound.* 2010;38:75-84.
8. Litwicka K, Greco E. Cesarean scar pregnancy: a review of management options. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2011;23:415-21.
9. Wu X, Zhang X, Zhu J, Di W. Cesarean scar pregnancy: comparative efficacy and safety of treatment by uterine artery chemoembolization and systemic methotrexate injection. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2012;161:75-9.
10. Yang XY, Yu H, Li KM, Chu YX, Zheng A. Uterine artery embolisation combined with local methotrexate for treatment of caesarean scar pregnancy. *BJOG.* 2010;117: 990-6.