


Gravidez em cicatriz de cesárea: um estudo coorte histórico da avaliação de incidência e tratamento

Cesarean scar pregnancy: a historical cohort study of incidence assessment and treatment

Samily Cordeiro de Oliveira Goersch¹. 

Clarisse Uchoa de Albuquerque^{1,2}.

1 Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, Ceará, Brasil, Brasil.

2 Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), Fortaleza, Ceará, Brasil.

RESUMO

Gravidez em cicatriz de cesárea (GCC) é uma forma rara de gravidez ectópica em que o saco gestacional é total ou parcialmente implantado na cicatriz de uma cesariana prévia. **Objetivos:** Conhecer a incidência da GCC dentro das gestações ectópicas e opções terapêuticas instituídas nas pacientes atendidas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) em Fortaleza-CE. **Metodologia:** Estudo de coorte retrospectivo realizado a partir da revisão de prontuários eletrônicos. Após triagem com o CID-10 cadastrado, foram incluídas as pacientes com gestação ectópica confirmada via ultrassonografia ou visualização direta entre os anos de 2019 e 2022. Nas pacientes com GCC foi aplicado formulário contendo questões relacionadas a cada perfil. **Resultados:** Foram analisados 136 prontuários, destes 123 confirmaram diagnóstico de gestação ectópica e 15 receberam o diagnóstico de GCC. A incidência de GCC foi de 12,2%. Três pacientes realizaram conduta expectante, duas fizeram tratamento medicamentoso, cinco realizaram tratamento histeroscópico e cinco passaram por cirurgia. **Conclusões:** A incidência de GCC encontrada é maior que a relatada na literatura. As opções terapêuticas utilizadas devem levar em consideração o estado hemodinâmico da paciente, tipo e tamanho da GCC, atividade cardíaca fetal e os níveis de Beta-HCG. A redução de cesarianas é eficaz para diminuir taxas de GCC.

Palavras-chave: Gravidez ectópica. Cesárea. Cicatriz.

ABSTRACT

Cesarean scar pregnancy (CSP) is a rare form of ectopic pregnancy in which the gestational sac is fully or partially implanted into the scar of a previous cesarean section. **Objectives:** To understand the incidence of CSP within ectopic pregnancies and therapeutic options instituted in patients treated at the Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) in Fortaleza-CE. **Methodology:** Retrospective cohort study carried out by reviewing electronic medical records. After screening with the registered ICD-10, patients with ectopic pregnancy confirmed via ultrasound or direct visualization between the years 2019 and 2022 were included. In patients with CSP, a form containing questions related to each profile was applied. **Results:** 136 medical records were analyzed, of which 123 confirmed a diagnosis of ectopic pregnancy and 15 were diagnosed with CSP. The incidence of CSP was 12.2%. Three patients underwent expectant management, two underwent drug treatment, five underwent hysteroscopic treatment and five underwent surgery. **Conclusions:** The incidence of CSP found is higher than that reported in the literature. The therapeutic options used must take into account the patient's hemodynamic status, type and size of CSP, fetal cardiac activity and Beta-HCG levels. Reducing cesarean sections is effective in decreasing CSP rates.

Keywords: Ectopic pregnancy. Cesarean section. Scar.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos da licença Creative Commons CC BY.

Autor correspondente: Samily Cordeiro de Oliveira Goersch, Rua Coronel Nunes de Melo, sem número, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará. CEP: 60430-270. Telefone: +55 85 3366-8565. E-mail: samily_oliveira@hotmail.com.

Conflito de interesses: Não há qualquer conflito de interesses por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 31 Jan 2024; Revisado em: 09 Mar 2024; Aceito em: 05 Set 2024.

INTRODUÇÃO

Uma gravidez ectópica é uma gravidez onde a implantação e o desenvolvimento do conceito ocorrem em qualquer local fora da sede normal, ou seja, o blastocisto não se implanta no revestimento endometrial da cavidade uterina. A maioria (cerca de 97%) ocorre na tuba uterina, mas outros locais possíveis incluem cervical, intersticial, cicatriz de cesárea, intramural, ovariana ou abdominal. Sua incidência é difícil de estimar, sendo relatadas taxas de 6,4 a 20,7 por 1.000 gestações.¹

A gravidez em cicatriz de cesárea (GCC) é uma forma rara de gravidez ectópica, pois o saco gestacional tem como local de implantação, total ou parcialmente, uma cicatriz causada por cesariana anterior.² Essa é uma condição iatrogênica rara, embora sua incidência venha aumentando devido aos crescentes números de cesariana e cirurgias uterinas na última década.³

A frequência da GCC é de 1:800 a 1:2226 (0,05%-0,04%) de todas as gravidezes do mundo, representando aproximadamente 6,1% das gestações ectópicas em pacientes com pelo menos uma cesariana prévia.⁴

Das várias teorias para explicar este tipo de gravidez ectópica, a mais razoável parece ser a de que a nidação possa ocorrer na musculatura e no tecido fibroso da cicatriz criada por um trauma de uma incisão cesariana segmentar prévia, o que pode ocorrer tanto em cicatrizes maduras e estáveis e também em pequenos pontos de deiscência ou fragilidade como istmoceles, sendo esta a de evolução mais catastrófica.⁵

O reconhecimento da GCC em estágios iniciais é fundamental para a preservação da fertilidade, embora o diagnóstico clínico seja difícil, já que 75% dos casos são assintomáticos ou cursam com sangramento vaginal indolor. Raramente esta complicação da gravidez também pode se apresentar como uma emergência por sangramento ou abdome agudo devido a uma ruptura uterina.^{6,7}

O diagnóstico da GCC é primariamente ultrassonográfico, e depende da avaliação do útero no plano sagital longitudinal. Existem múltiplos estudos que avaliam a relação e o posicionamento do saco gestacional na parede uterina anterior/cicatriz, associados com a presença ou não de atividade cardíaca fetal e os possíveis desfechos clínicos.⁸ Diagnosticar erroneamente um saco coriônico intrauterino baixo como um GCC ou uma gravidez cicatricial verdadeira como uma gravidez intrauterina, pode levar a resultados adversos para o binômio materno fetal.⁹

Foi proposta uma classificação dividindo a GCC em dois tipos: tipo I ou endógeno, no qual o embrião progride para o espaço cérvico-ístmico em direção a cavidade uterina; e tipo II ou exógena, quando há invasão profunda de defeito cicatricial e progressão para bexiga e cavidade abdominal. O tipo endógeno de GCC resulta em uma gravidez com altíssimo

risco de sangramento no sítio placentário, mas pode chegar até a viabilidade fetal, enquanto o tipo exógeno pode ser complicado logo no início da gestação com rotura uterina e sangramento volumoso. As possíveis complicações incluem acretismo placentário, rotura uterina, hemorragia uterina maciça necessitando de histerectomia, infertilidade, trabalho de parto prematuro, choque hemorrágico e morte, sendo ainda mais comuns no tipo exógeno ou II.^{5,10}

Devido ao número limitado de estudos com grande número de casos, ainda não existe consenso para o manejo da GCC. As abordagens variam de expectante, tratamento clínico com metotrexato (MTX), tratamento local via histeroscopia, e tratamento cirúrgico, seja laparotômico ou laparoscópico. Os objetivos são preservar a fertilidade e prevenir complicações com risco de vida.¹⁰

Neste contexto, o objetivo do estudo é conhecer a incidência de GCC no serviço da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), avaliando a taxa de GCC dentro de todas as gestações ectópicas entre os anos de 2019 e 2022, além de identificar quais as opções de tratamentos mais realizados para GCC na MEAC: histeroscopia, uso de MTX e intervenções cirúrgicas; e comparar os dados com a literatura mundial.

MÉTODOS

É um estudo observacional de coorte retrospectivo no qual foi analisada a incidência de gestações que ocorreram em cicatriz de cesárea dentro do total de gestações ectópicas e os tratamentos realizados. O estudo foi conduzido com as pacientes admitidas com gestação ectópica na MEAC nos anos de 2019 a 2022. Foram incluídas todas as pacientes com gestação ectópica confirmada via ultrassonografia ou visualização direta em abordagem cirúrgica na MEAC nos anos de 2019 a 2022. Foram excluídas pacientes que não obtiveram diagnóstico confirmado e/ou que não possuem dados suficientes em prontuário.

Foi realizada a coleta de dados a partir da revisão de prontuários eletrônicos disponíveis no sistema de gestão hospitalar “aplicativo de gestão para hospitais universitários” (AGHU), selecionando-os a partir do CID-10 cadastrado. Foram buscados os prontuários utilizando os seguintes CID-10: O00 Gravidez ectópica, O00.1 Gravidez tubária, O00.8 Outras formas de gravidez ectópica, O00.9 Gravidez ectópica, não especificada. Foi então realizada triagem das pacientes respeitando os critérios de inclusão e exclusão. Nas pacientes com diagnóstico de GCC foi aplicado um formulário contendo questões relacionadas ao perfil da paciente quanto aos possíveis fatores de risco associados ao diagnóstico de gestação em cicatriz de cesárea, sintomatologia inicial, assim como a forma de tratamento a qual foram submetidas.

As pacientes foram divididas em dois grupos: gestação ectópica em demais sítios e gestação em cicatriz de cesárea (GCC), que seria nossa variável dependente. Foram coletadas

nas pacientes com confirmação de GCC as seguintes variáveis independentes: idade, paridade, idade gestacional ao diagnóstico, comorbidades, local de implantação da gestação, sintomas clínicos, status hemodinâmico, nível de beta-HCG, achados ultrassonográficos, tipo de tratamento.

Foi calculada a incidência de GCC dentre as gestações ectópicas e analisadas as suas formas de tratamento em relação ao desfecho.

A análise estatística foi realizada com o suporte do pesquisador da Unidade de Pesquisa Clínica e utilizou o programa Microsoft Excel 2019.

Os dados foram apresentados em média e desvio padrão (DP) e em mediana e percentis. Para as variáveis categóricas os dados foram expostos em frequência, de modo a investigar associações entre fatores de risco e a condição de gravidez ectópica em cicatriz de cesárea.

O estudo foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, com CAAE: 67003023.0.0000.5050 na Plataforma Brasil.

RESULTADOS

Foram analisados 136 prontuários que possuíam pelo menos um dos CID-10 selecionados entre 2019 e 2022. Destes, 13 foram excluídos por não terem o diagnóstico de gestação ectópica confirmado conforme os critérios de inclusão. Das 123 pacientes que confirmaram o diagnóstico de gestação ectópica, 103 (83,7%) apresentavam gestação localizada em tuba uterina, seja na ampola ou no istmo. Das restantes, 3 (2,4%) apresentaram gestação ectópica cervical, 2 (1,6%) confirmaram gestações ectópicas ovarianas e 15 (12,2%) confirmaram GCC. Assim, a incidência de GCC dentre as gravidezes ectópicas na MEAC entre 2019 e 2022 foi de 12,2%.

Dentre as 15 pacientes com diagnóstico de GCC confirmado, a média de idade foi de 33,3 anos (DP 5,79). Onze pacientes negavam comorbidades, e quatro possuíam doenças de base, sendo elas: hipotireoidismo, hipertensão arterial crônica, endometriose e transtorno de ansiedade generalizada. O número de gestações variou de secundigesta até sétima gravidez, e o número de cesáreas variou de uma a quatro cesáreas anteriores. No entanto, a moda (sete pacientes) possuíam apenas uma cesárea anterior. Os abortamentos variavam entre nenhum e até três abortos prévios.

A média de idade gestacional ao diagnóstico de GCC foi de 9 semanas (DP 2,04). Considerando os sintomas presentes no momento da admissão, treze pacientes (86,6%) apresentaram sangramento transvaginal, e onze (73,3%) apresentaram cólicas. Apenas uma paciente informou estar completamente assintomática na admissão, mesmo quando ativamente questionada. Nenhuma paciente apresentava peritonite ao diagnóstico, mas uma delas apresentou instabilidade hemodinâmica.

Catorze pacientes com GCC realizaram dosagem de BHCG quantitativo na admissão, variando entre 62 e 98250 mIU/ml, com média de 23.434,79, mediana de 5.651 e desvio padrão 29.966,48. Todas as pacientes com diagnóstico de GCC no estudo realizaram ultrassonografia transvaginal. No entanto, apenas uma paciente possuía a descrição do tipo da GCC em seu laudo ultrassonográfico. As outras pacientes foram classificadas pelos dados descritivos encontrados no laudo. Dez pacientes (66,6%) apresentavam GCC do tipo 1, e quatro (26,6%) apresentavam GCC do tipo 2. Em uma paciente, não foi possível realizar a classificação pela falta de informações no laudo do exame. 13 pacientes foram diagnosticadas como GCC íntegra, sendo apenas dois casos de GCC rota.

Os achados ultrassonográficos de “imagem anecoica regular e com halo ecogênico em sua volta” se repetiram em cinco laudos. Outros quatro trazem descrição de “imagem heterogênea, de textura acústica mista, ricamente vascularizada ao Doppler colorido”. Nos casos de GCC tipo 1, um exame cita que a massa está “projetando para o inferior do colo uterino”, outros nove “em topografia de cicatriz de cesárea” e dois de “protrusão para parede anterior, em íntimo contato com a decídua”. Nas pacientes com GCC do tipo 2, há descrição de massa “abaulando a serosa uterina”. Sete resultados descrevem embrião, destes, três com presença de batimentos cardíacos fetais. Quatro laudos relatam que o embrião não foi visualizado e os demais não citam sobre o embrião.

Quanto à terapêutica instituída para tratamento da GCC, três pacientes realizaram conduta expectante, duas fizeram tratamento majoritariamente medicamentoso, cinco realizaram tratamento histeroscópico e cinco passaram por procedimento cirúrgico, sendo duas cirurgias laparoscópicas e três intervenções laparotômicas. Cinco pacientes associaram dois tipos de tratamento, duas delas incluíram aspiração manual intrauterina (AMIU) na terapêutica e três pacientes que passaram por histeroscopia receberam dose única de MTX intramuscular (Quadro 1).

Para a conduta expectante foram selecionadas pacientes do tipo 1, com BHCG até 1570 mIU/ml, massa medindo até 41 mm de diâmetro, todas com ausência de embrião. Uma paciente realizou histeroscopia de controle um mês depois, que visualizou “pequena imagem amorfa em parede lateral esquerda de região ístmica sugestiva de restos ovulares”.

Ao todo, cinco pacientes usaram MTX. Uma paciente utilizou MTX intramuscular dose única como terapêutica isoladamente. Outra também fez MTX intramuscular dose única, mas associado ao AMIU. Duas das cinco pacientes que realizaram histeroscopia associaram MTX intramuscular, na mesma posologia. Uma paciente realizou sequencialmente MTX intra saco gestacional, no dia seguinte foi submetida a histeroscopia cirúrgica e no 3º dia realizou MTX intramuscular. As pacientes submetidas ao procedimento histeroscópico passaram pela “perfuração do saco” ou “rompimento da massa” com “retirada do material da cavidade”.

Quadro 1. Pacientes com gravidez em cicatriz de cesárea (GCC) e suas respectivas formas de tratamento.

Pacientes	Idade	G/P/A	Tipo de GCC	Tratamento
1	33	G3P2CA0	TIPO 1	Histeroscópico
2	36	G3P2CA0	TIPO 1	Expectante
3	25	G2P1CA0	TIPO 2	Cirúrgico Laparotômico
4	22	G3P1CA1	TIPO 1	Cirúrgico Laparoscópico + AMIU
5	26	G5P4CA0	TIPO 1	Histeroscópico + Medicamentoso
6	33	G2P1CA0	TIPO 2	Cirúrgico Laparotômico
7	34	G3P1CA1	TIPO 1	Histeroscópico
8	31	G6P4(3C+1V)A1	TIPO 1	Histeroscópico + Medicamentoso
9	36	G7P3(1V+2C)A3	TIPO 2	Cirúrgico Laparoscópico
10	35	G3P2CA0	TIPO 1	Expectante
11	40	G3P2CA0	Não classificada	Expectante
12	34	G3P2CA0	TIPO 1	Medicamentoso + AMIU
13	45	G4P2(1V+1C)A1	TIPO 1	Histeroscópico + Medicamentoso
14	33	G4P3CA0	TIPO 1	Medicamentoso
15	37	G3P1CA1	TIPO 2	Cirúrgico Laparotômico

Legendas: gravidez em cicatriz de cesárea (GCC); número de gestações (G), partos (P) e abortos (A) (G/P/A); parto cesárea (PC); parto vaginal (PV); cesárea (C); parto vaginal (V); aspiração manual intrauterina (AMIU).

Cinco pacientes foram operadas. Uma paciente com GCC do tipo 1 passou por laparoscopia e AMIU videoassistido no mesmo tempo cirúrgico. Todas as demais quatro pacientes submetidas a procedimentos cirúrgicos eram classificadas como GCC do tipo 2. Uma delas foi submetida a exérese da massa junto da retirada de bloco miometrial por via laparoscópica. Três passaram por cirurgias via laparotomia. Em duas pacientes também foi realizado procedimento de retirada da GCC junto de parte do miométrio, sendo necessário adentrar a cavidade uterina durante o procedimento.

Uma das pacientes com GCC tipo 2 foi submetida a Histerctomia Total Abdominal (HTA) com difícil hemostasia, e evoluiu com perda maciça de sangue no intraoperatório, necessitando de transfusão sanguínea e de admissão em UTI. Nenhuma outra paciente precisou de cuidados intensivos ou administração de hemocomponentes.

Dez pacientes possuem anatomopatológico do material retirado em procedimento, sendo encontrado em metade “vilosidades coriônicas imaturas”. Também há descrição de “decidua em cicatriz cirúrgica prévia” em quatro laudos. Três exames descrevem “achado consistente/compatível com gestação ectópica.” Uma paciente que realizou histerectomia também apresentava sinais de adenomiose na biópsia.

Doze pacientes (80%) realizaram BHCG de controle após o tratamento, variando entre 16503 mIU/ml até negativo.

Todos os resultados apresentavam-se em queda quando comparados com o BHCG da admissão. Três pacientes não têm resultados de BHCG de controle, estas foram submetidas a tratamento cirúrgico.

Uma das pacientes foi diagnosticada inicialmente com abortamento retido, tendo realizado dois procedimentos de curetagem uterina antes do diagnóstico de GCC, só evoluindo com melhora clínica após realização de miometrectomia com exérese em bloco de massa de aproximadamente 5 cm, com bexiga parcialmente aderida a massa.

Outra paciente, admitida com GCC rota em 2020, foi acompanhada no pré-natal de alto risco da MEAC em gestação tóxica em 2023, com bom desfecho perinatal.

DISCUSSÃO

A verdadeira incidência da GCC é desconhecida porque a condição ainda é subdiagnosticada e subnotificada. Alguns estudos de único hospital reportam entre 1 para 1800 e 1 para 2656.¹¹ A incidência encontrada em nosso estudo é expressivamente maior do que a relatada. Esse achado provavelmente reflete algumas variáveis, sendo elas: O aumento real do número de casos novos de GCC, o fato do trabalho ter sido conduzido em um grande hospital terciário no estado, que acolhe pacientes referenciadas de várias cidades próximas, quanto do viés de seleção do CID cadastrado durante

o atendimento no AGHU. Por vezes, a paciente com gestação ectópica interna via emergência com hipótese diagnóstica de outra patologia, como exemplo abortamento, e por outras o sistema não é preenchido corretamente pelo profissional que a admitiu. Isso pode ter alterado o resultado da incidência.

O diagnóstico da GCC é desafiador pelo fato que os sintomas apresentados são comumente brandos e inespecíficos, sendo os principais sangramento transvaginal leve e desconforto abdominal. Não é raro realizar o diagnóstico de GCC durante ou depois de esvaziamento uterino por hipótese de abortamento. Diagnósticos eventualmente são feitos em mulheres assintomáticas, sendo mais comum em idades gestacionais mais avançadas. Em menor proporção, as mulheres podem apresentar dor aguda e sangramento vaginal volumoso por ruptura uterina.^{2,12}

A ultrassonografia será exame complementar indispensável na suspeição clínica, após realização de anamnese e exame físico completos. A presença de características específicas irá ajudar a selar o diagnóstico, sendo elas: placenta e/ou saco gestacional incrustado na cicatriz de cesariana anterior, saco gestacional que preenche o nicho da cicatriz, com camada miometrial fina ou ausente entre o saco gestacional e a bexiga.²

Há necessidade de treinar de forma uniforme os profissionais que realizam ultrassom para adequada classificação e registro dos aspectos ultrassonográficos na GCC, já que a descrição do tipo de GCC no laudo vai impactar diretamente na escolha do tratamento ofertado.

Alguns autores defendem que a GCC faz parte do espectro da placenta acreta (EPA), sendo um continuum da mesma doença. Ambos têm como fisiopatologia a fixação da placenta ou a invasão do miométrio, no EPA quase sempre em uma área de cicatriz de cirurgia uterina anterior. Possivelmente pacientes diagnosticadas como acretismo placentário no 2º trimestre possuíam achados ultrassonográficos no 1º trimestre compatíveis com GCC.¹³

Para pacientes hemodinamicamente instáveis, o tratamento cirúrgico se impõe. Mas o tratamento ideal do paciente no primeiro trimestre de gravidez com diagnóstico ultrassonográfico de GCC permanece incerto. Uma revisão sistemática de 751 casos de GCC evidenciou a dificuldade de tratar estas pacientes de forma padronizada ou em protocolos. Pelo menos 31 diferentes tipos de abordagens terapêuticas foram instituídas, e 331 pacientes sofreram complicações após o tratamento realizado.¹²

O protocolo da MEAC divide as pacientes em dois grupos de tratamento: o medicamentoso com dose única de MTX, para as pacientes com estabilidade hemodinâmica, que tenham GCC do tipo 1 abaixo de 8 semanas de idade gestacional (IG) sem batimentos cardíofetais (BCF) presente, Beta HCG <5.000 IU/L; e saco gestacional medindo $\leq 2,5$ cm. Pacientes que não atendam a todos os critérios ou apresentem contra-indicações a administração de MTX devem ser abordadas com tratamento cirúrgico.¹⁴

O fato de a amostra estudada neste presente estudo não ter um número expressivo impossibilita a comparação de tratamentos com significância estatística. No entanto, um estudo chinês se propôs a criar uma nova classificação clínica para pacientes com GCC como forma de recomendar o melhor tratamento cirúrgico. O ensaio de 955 pacientes levou em consideração a espessura miometrial anterior à cicatriz e o diâmetro do saco gestacional como fatores de risco independentes para hemorragia intraoperatória durante o tratamento da GCC.¹⁵ Esses dados podem ser valorizados no tratamento de pacientes admitidas posteriormente com o mesmo diagnóstico.

Existe uma porcentagem das pacientes com GCC que não aceitam a interrupção da gravidez. Estas pacientes, quando embrião com BCF presente, sabidamente apresentam maiores taxas de morbidades maternas, incluindo hemorragia grave, ruptura uterina precoce e necessidade de histerectomia. Apesar disso, uma proporção significativa deles pode progredir perto ou a termo.⁷ Não existe um valor de segurança, mas o prognóstico da conduta expectante parece ser um pouco melhor para pacientes do tipo 1, com espessura miometrial igual ou acima de 3 ou 4 mm. Estes casos são manejados de forma semelhante a um acretismo placentário.⁵

Tão importante quanto saber tratar GCC, é tentar preveni-la. O índice alarmante de partos cesárea em nosso meio tem direta correlação com o surgimento da GCC. A cesariana é um procedimento cirúrgico que, embora tenha sido criado com o intuito de salvar a vida de mães e seus filhos frente a graves complicações da gestação, tornou-se via de parto popular em pacientes de risco habitual por uma série de aspectos médicos, sociais e culturais, de forma ainda mais pronunciada na América Latina.¹⁶

Já se questionou a realização de reparo cirúrgico de deiscência uterina (istmocele) em pacientes com partos cesáreas prévios, fora de gravidez, como uma possível medida de prevenção da GCC, no entanto não há nenhum tipo de evidência científica que apoie esta conduta. Também não há consenso se alguma técnica cirúrgica da cesárea, como fechamento da incisão em camada única ou dupla, pode diminuir risco ou evitar a GCC.¹² Evitar a cicatriz uterina é a medida que se mostra como realmente eficaz para diminuir o surgimento da GCC.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere uma taxa de cesariana em torno de 10 a 15% para garantir prognósticos ideais para mãe e filhos.¹⁷ Desde 2010 as produções científicas em complicações da cesárea cresceram de modo exponencial. Frente às robustas evidências de maiores taxas de complicações na cesárea como procedimento cirúrgico, incluindo GCC, é inadiável promover educação em saúde para que cada gestante possa decidir sobre sua via de parto ciente do máximo de informações possíveis. A redução no número de cesáreas sem indicação médica é o principal fator para redução dos números de GCC.

A incidência de GCC encontrada em nosso estudo é maior do que a relatada em literatura. As opções de tratamento disponíveis devem levar em consideração o estado hemodinâmico da paciente, o tipo de GCC, o tamanho da massa, a presença ou não de BCF e os níveis de betaHCG. A redução do número de cesarianas sem indicação formal é medida eficaz para diminuir as crescentes taxas de GCC.

REFERÊNCIAS

1. Mann LM, Kreisel K, Llata E, Hong J, Torrone EA. Trends in Ectopic Pregnancy Diagnoses in United States Emergency Departments, 2006-2013. *Matern Child Health J.* 2020;24(2):213–21.
2. Jayaram PM, Okunoye GO, Konje J. Cesarean scar ectopic pregnancy: diagnostic challenges and management options. *The Obstetrician & Gynaecologist.* 2017;19(1):13–20.
3. Gulino FA, Pappalardo E, Ettore C, Laganà AS, Capriglione S, Ettore G. Cesarean scar pregnancy: Descriptive paper of three different types of management on a series of clinical cases. *Prz Menopauzalny.* 2020;19(2):61–5.
4. Pędraszewski P, Wlazlak E, Panek W, Surkont G. Cesarean scar pregnancy - a new challenge for obstetricians. *J Ultrason.* 2018 Mar 30;18(72):56–62.
5. Agten AK, Cali G, Monteagudo A, Oviedo J, Ramos J, Timor-Tritsch I. The clinical outcome of cesarean scar pregnancies implanted “on the scar” versus “in the niche”. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216(5):510.e1-510.e6.
6. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: Early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;207(1):14-29. Erratum in: *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210(4):371-4.
7. Cali G, Forlani F, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J, Minneci G, D’Antonio F. Natural history of Cesarean scar pregnancy on prenatal ultrasound: the crossover sign. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017;50(1):100–4.
8. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, El Refaey H, Agten AK, Arslan AA. Easy sonographic differential diagnosis between intrauterine pregnancy and cesarean delivery scar pregnancy in the early first trimester. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;215(2):225.e1-225.e7.
9. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, D’Antonio F, Agten AK. Cesarean Scar Pregnancy: Diagnosis and Pathogenesis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019 Dec;46(4):797-811.
10. Gonzalez N, Tulandi T. Cesarean Scar Pregnancy: A Systematic Review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017;24(5):731-8.
11. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Miller R, Gyamfi-Bannerman C. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #63: Cesarean scar ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;227(3):B9–20.
12. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;207(1):44.e1-44.e13.
13. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, Vintzileos A, Viscarello R, Al-Khan A, et al. Cesarean scar pregnancy is a precursor of morbidly adherent placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014;44(3):346–53
14. Cordeiro DE, Garcia CA, Neto RH, Paiva JP, Feitosa FE. Gestação Ectópica [internet]. Fortaleza: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; 2023 [acesso em: 15 jan 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/ch-ufc/acesso-a-informacao/protocolos-e-pops/protocolos-meac/maternidade-escola-assis-chateaubriand/obstetricia/pro-med-obs-013-v5-gestacao-ectopica.pdf/view>.
15. Ban Y, Shen J, Wang X, Zhang T, Lu X, Qu W, et al. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy Clinical Classification System With Recommended Surgical Strategy. *Obstet Gynecol.* 2023;141(5):927–36.
16. Mariani GL, Vain NE. The rising incidence and impact of non-medically indicated pre-labour cesarean section in Latin America. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2019;24(1):11–7.
17. World Health Organization Human Reproduction Programme. WHO Statement on caesarean section rates. *Reprod Health Matters.* 2015;23(45):149-50.

Como citar:

Goersch SC, Albuquerque CU. Gravidez em cicatriz de cesárea: um estudo coorte histórico da avaliação de incidência e tratamento. *Rev Med UFC.* 2026;66:92861.