



REVISTA ELETRÔNICA

Acervo MÉDICO

ISSN 2764-0485

O uso de aspiração manual intrauterina em gestação ectópica localizada em cicatriz de cesárea

The use of manual intrauterine aspiration in ectopic pregnancy located in a cesarean section scar

El uso de la aspiración intrauterina manual en el embarazo ectópico localizado en una cicatriz de cesárea

Jaíssa Domingues Freire¹, Lázaro Luiz de Paula Neto¹, Sélvio Machado Simon¹, Régis Gomes Carrijo¹, Juliana Gomes Bergo Dâmaso¹.

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente submetida ao uso de aspiração manual intrauterina (AMIU) em gestação ectópica em cicatriz de cesárea como uma alternativa de tratamento conservador. **Detalhamento de caso:** Paciente feminino, 31 anos, gestante, G5P3A1C1, apresentou gestação ectópica implantada em cicatriz de cesárea, sem critérios que permitissem o uso de metotrexato. Para evitar a histerectomia de um paciente que mantinha desejo de preservação da fertilidade, foi optado pelo tratamento conservador, com o uso de AMIU guiado por ultrassonografia transvaginal e pélvica, com resolução do quadro. **Considerações finais:** Gestação ectópica em cicatriz de cesárea é um diagnóstico grave, podendo levar à rotura uterina e hemorragias e, por isso, frequentemente resultam em histerectomia, o que compromete o desejo reprodutivo de muitas pacientes em idade fértil, além de propiciar intercorrências inerentes ao procedimento cirúrgico. O tratamento envolvendo o uso de um procedimento menos invasivo, como a aspiração manual intrauterina, permitiu a preservação do desejo reprodutivo, a mais rápida e melhor recuperação da paciente, podendo se mostrar como uma alternativa interessante para tais casos.

Palavras-chave: Gestação ectópica, Tratamento Conservador, Cicatriz de Cesárea, Aspiração Manual Intrauterina, Preservação da fertilidade.

ABSTRACT

Objective: To report the case of a patient submitted to the use of manual intrauterine aspiration (MVA) in an ectopic pregnancy with a cesarean section scar as an alternative conservative treatment. **Case details:** Female patient, 31 years old, pregnant, G5P3A1C1, presented with an ectopic pregnancy implanted in a cesarean section scar, without criteria that would allow the use of methotrexate. To avoid hysterectomy for a patient who still wanted to preserve fertility, conservative treatment was chosen, with the use of MVA guided by transvaginal and pelvic ultrasound, with in hysterectomy, which compromises the reproductive desire of many patients of fertile age, in addition to causing complications inherent to the surgical procedure. Treatment involving the use of resolution of the condition. **Final considerations:** Ectopic pregnancy in a cesarean section is a serious diagnosis, which can lead to uterine rupture and hemorrhages and, therefore, often results a less invasive procedure, such as intrauterine manual aspiration, allowed the preservation of reproductive desire, faster and better recovery for the patient, and may prove to be an interesting alternative for such cases.

Keywords: Ectopic pregnancy, Conservative Treatment, Cesarean section scar, Intrauterine Manual Aspiration, Fertility preservation.

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso de una paciente sometida al uso de aspiración intrauterina manual (AMEU) en un embarazo ectópico con cicatriz de cesárea como tratamiento conservador alternativo. **Detalles del caso:**

¹ Santa Casa de Misericórdia de Franca (SCMF), Franca - SP.

SUBMETIDO EM: 12/2024

| ACEITO EM: 2/2025

| PUBLICADO EM: 4/2025

Paciente feminina, 31 años, embarazada, G5P3A1C1, presentó embarazo ectópico implantado en cicatriz de cesárea, sin criterios que permitieran el uso de metotrexato. Para evitar la histerectomía en una paciente que aún deseaba preservar la fertilidad, se optó por un tratamiento conservador, con el uso de AMEU guiada por ecografía transvaginal y pélvica, con resolución del cuadro. **Consideraciones finales:** El embarazo ectópico por cesárea es un diagnóstico grave, que puede derivar en rotura uterina y hemorragias y, por tanto, muchas veces deriva en histerectomía, lo que compromete el deseo reproductivo de muchas pacientes en edad fértil, además de provocar complicaciones inherentes al embarazo. el procedimiento quirúrgico. El tratamiento que implica el uso de un procedimiento menos invasivo, como la aspiración manual intrauterina, permitió preservar el deseo reproductivo, una recuperación más rápida y mejor de la paciente y puede resultar una alternativa interesante para tales casos.

Palabras clave: Embarazo ectópico, Tratamiento conservador, Cicatriz de cesárea, Aspiración manual intrauterina, Preservación de la fertilidad.

INTRODUÇÃO

Gestação ectópica (GE) é aquela em que a implantação e o desenvolvimento do blastocisto se dá fora da cavidade endometrial, podendo ocorrer na cavidade abdominal, nas tubas uterinas, nos ovários e no colo uterino. (TANG P, et al., 2022). A gravidez ectópica é responsável por quase 2% de todas as gestações, 0,25 -2% de todas as complicações relacionadas à gravidez e 9% de todas as mortes relacionadas à gestação (AMORIM IM, et al., 2022).

Desde o primeiro caso descrito por Larsen e Solomon, em 1978, (GERDAY A, et al., 2020) a incidência de gestações em cicatriz de cesárea vem aumentando, o que pode ser atribuído ao crescimento significativo do número de partos via cesariana. Em um estudo realizado em um hospital afiliado da Universidade Sun Yat-Sen, no qual foram avaliados 3915 casos de gravidez ectópica, foi constatado que de 2012 a 2015 e 2016-2019, a proporção de gravidez em cicatriz de cesárea aumentou de 5,74 para 11,81%. (TANG P, et al., 2022).

A gestação na cicatriz de cesárea está associada a uma alta morbimortalidade, principalmente devido ao elevado risco de ruptura uterina e hemorragias graves. Além disso, frequentemente, resulta em histerectomia, comprometendo o futuro reprodutivo da paciente. No entanto, com o avanço das técnicas de diagnóstico precoce, especialmente com o uso de ultrassonografia de alta precisão, o manejo conservador vem ganhando espaço como uma alternativa viável ao tratamento cirúrgico. Entre as opções conservadoras estão o uso de metotrexato, laparoscopia, histeroscopia, embolização das artérias uterinas, curetagem e a aspiração manual intrauterina (AMIU) (AMORIM IM, et al., 2022).

Neste relato de caso, descrevemos o tratamento conservador bem-sucedido de uma paciente utilizando exclusivamente a aspiração manual intrauterina (AMIU), guiada por ultrassonografia transvaginal e pélvica, uma técnica inovadora e bem menos invasiva. Trata-se de uma alternativa relevante para casos em que o uso de metotrexato não é possível, como o da paciente deste estudo, e se deseja preservar o futuro reprodutivo.

Este é um estudo de caso apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Parecer 7.277.629 e CAAE 85297324.6.0000.5438), tendo a concordância do paciente com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

DETALHAMENTO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 31 anos de idade, gestante, com paridade G5P3A1C1, branca, casada, evangélica, tabagista, veio encaminhada de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), no dia 14 de outubro de 2023, com quadro de sangramento vaginal em pequena quantidade, dor abdominal do tipo cólica de início há três horas e data da última menstruação contando uma idade gestacional de 6 semanas e 2 dias. A paciente apresentava como antecedentes obstétricos: um aborto com necessidade de curetagem, dois partos normais e um cesáreo, de emergência, devido descolamento prematuro de placenta as 30 semanas e 5 dias, além de histórico de cerclagem em três gestações.

Ao exame físico, apresentava abdome plano, flácido, indolor à palpação, sem sinais de descompressão brusca, sangramento vaginal em pequena quantidade coletado em fundo de saco, ao exame especular, e um colo amolecido e pérvio, ao toque vaginal. Foi solicitado beta-gonadotrofina coriônica humana (beta- HCG), tipagem sanguínea e hemograma. Os exames laboratoriais apresentaram os seguintes valores: beta-gonadotrofina coriônica humana (β -hCG) sérica 49779 mUI/mL; hemoglobina 14,5 g/dL; hematócrito 40,4%, leucócitos 7.900 células por mm^3 , bastões 0% e plaquetas 170.000 microlitros.

A paciente evoluiu com aumento do sangramento durante avaliação, e foi realizado um ultrassom transvaginal na unidade, que apresentou o seguinte laudo: “Evidente cicatriz de cesárea anterior preenchida por saco gestacional, cavidade endometrial vazia em fundo/ corpo, preenchida em istmo anterior (local de cicatriz de cesárea) e 1/3 superior do canal endocervical por saco gestacional, contendo embrião em seu interior, com comprimento cabeça- nádega (CCN) de 1,03 cm, batimento cardíaco embrionário de 131 batimentos por minuto, saco gestacional de 2,3- 2,4 cm de diâmetro. Gestação de 7 semanas e 1 dia”, sendo aventada a hipótese de gravidez ectópica em cicatriz de cesárea e de abortamento espontâneo em curso. (**Figura 1**). Foi pedido ainda outro beta-HCG no mesmo dia, resultando em 57269 mUI/mL.

Figura 1 - Imagem evidenciando istmo preenchido por saco gestacional.



Fonte: Freire JD, et al., 2025.

Tendo em vista que a gestante se encontrava estável clinicamente e hemodinamicamente e prezava pela manutenção do seu futuro reprodutivo, foi levantada a possibilidade de um tratamento conservador. Contudo, ela não era candidata ao uso de metotrexato, uma vez que apresentava embrião vivo e o beta- HCG era maior que 5000 mUI/mL.

O caso foi debatido e optado pela internação para realização de AMIU. O procedimento foi realizado com o auxílio de ultrassonografia transvaginal e pélvica em período perioperatório, sendo finalizado com êxito. Após, foi evidenciada uma cavidade endometrial vazia e a paciente foi acompanhada com medições seriadas de beta-gonadotrofina coriônica humana (β -hCG) sérica.

O laudo do exame de ultrassonografia realizado imediatamente após procedimento foi: “Útero em anteversão, miométrio homogêneo, com cicatriz de cesárea virtual, sem preenchimento ou fluxo vascular ao estudo doppler, cavidade endometrial ecogênica em fundo, linear em istmo com canal endocervical livre e fechado, espessura endometrial 14,34 mm, ovário direito para uterino, habitual; ovário esquerdo justa uterino, regular e globoso, fundo de saco de Douglas com discreta quantidade de líquido livre. Opinião: cavidade endometrial vazia, pequeno cisto de corpo lúteo à esquerda (**Figura 2**).

Figura 2 - Imagem evidenciando cavidade uterina vazia após o procedimento.

Fonte: Freire JD, et al., 2025.

Foi programada coleta de beta-HCG para o dia 16 de outubro de 2023, a qual obteve como resultado 15265 mUI/mL, recebendo alta na mesma data. Pactuado o retorno no dia 19 de outubro de 2023 e em 23 de outubro de 2023, nos quais apresentou valores de 2197 mUI/mL e 342,5 mUI/mL, respectivamente. Resgatado o exame anatomopatológico, foram visualizados restos ovulares apresentando vilosidades coriônicas, decíduas, endométrio de padrão secretor tardio e hemorragia.

DISCUSSÃO

A gestação ectópica ocorre quando o embrião se implanta fora da cavidade uterina, o que inviabiliza o desenvolvimento natural da gravidez. Mundialmente, a gravidez ectópica é responsável por quase 2% de todas as gestações, 0,25 -2% de todas as complicações relacionadas à gravidez e 9% de todas as mortes relacionadas à gestação (AMORIM IM, et al., 2022).

A gestação ectópica em cicatriz de cesárea (GECC) é a forma mais rara, mas sua incidência tem aumentado nos últimos anos, devido ao aumento do número de cesarianas, ao crescente acesso aos tratamentos para infertilidade, como fertilização in vitro, e pela melhor acurácia da ultrassonografia. A incidência de GECC varia de 1 para cada 1.800 a 1 para cada 2.216 gestações, e representa cerca de 6,1% de todas as gestações ectópicas em mulheres com histórico de cesariana (YELA DA e MARCHIANI N, 2013).

Os mecanismos patogênicos exatos ainda não estão bem esclarecidos, porém acredita-se que a GECC ocorra quando um blastocisto se implanta em tecido cicatricial fibroso dentro de um defeito do miométrio em forma de cunha, no segmento uterino inferior anterior, no local de uma cicatriz de cesariana anterior (COUTINHO T, et al., 2014).

Quanto à sintomatologia, a tríade clássica é baseada em dor pélvica ou abdominal, sangramento vaginal e um teste de gravidez positivo. Contudo, é possível que as pacientes sigam assintomáticas e descubram o diagnóstico apenas no primeiro ultrassom do pré-natal (AMORIM IM, et al., 2022).

Para o seu diagnóstico, alguns critérios ultrassonográficos devem ser preenchidos, tais como: cavidade uterina vazia, canal cervical vazio, desenvolvimento do saco gestacional na parede anterior, da parede do istmo e ausência de tecido miometrial normal entre a bexiga e o saco gestacional. Esse último critério permite o diagnóstico diferencial de uma gravidez cervical (GERDAY A, et al., 2020).

Dentre os fatores de risco, além do histórico de cesáreas, outros fatores podem contribuir para o desenvolvimento de gestação ectópica, como infecções pélvicas anteriores (endometrites, doença inflamatória pélvica), intervenções cirúrgicas ginecológicas, incluindo curetagens e cirurgias tubárias prévias, gravidez ectópica anterior, múltiplos parceiros sexuais, dispositivo intrauterino, tabagismo, fertilização in vitro, infertilidade, ducha vaginal, migração do óvulo para a tuba contralateral, doença sexualmente transmissível, idade materna avançada, cicatrização ou torção da tuba uterina, aborto induzido prévio, ovulação tardia e cirurgia abdominal. Cada uma dessas condições podem predispor à formação de cicatrizes e ao enfraquecimento da parede uterina, criando condições ideais para a implantação anômala do embrião. (ANYANWU M, et al., 2021). (DE PAULA LTL, et al., 2023)

O presente caso envolve uma paciente que, em 2008, apresentou um aborto espontâneo com necessidade de curetagem. Nas três gestações subsequentes, realizou cerclagem, por um diagnóstico de colo curto, e, na última gestação, acabou evoluindo para cesárea de emergência devido a um quadro de descolamento prematuro de placenta com idade gestacional de 30 semanas e 5 dias. Após essa última gestação, evoluiu ainda com subsequente endometrite, tratada com clindamicina e gentamicina. Trata-se, portanto, de uma gestante que detinha múltiplos fatores de risco para gestação ectópica: tabagismo, cesárea anterior, curetagem, além do histórico de endometrite.

Dentre os fatores já mencionados, também é importante considerar o papel que o tabagismo desempenha nesse cenário, uma vez que a paciente era tabagista de longa data e fumava cerca de 20 cigarros por dia. O prejuízo à fertilidade deve-se aos importantes danos vasculares no útero e nas tubas uterinas aumentando as chances de gravidez ectópica. Em mulheres tabagistas, como no caso relatado, as chances de complicações aumentam ainda mais devido à diminuição do fluxo sanguíneo adequado, o que pode agravar a fragilidade do miométrio e aumentar o risco de ruptura. (DE PAULA LTL, et al., 2023)

Esses fatores de risco, especialmente as múltiplas manipulações uterinas e a cicatriz de cesárea, contribuíram para o desenvolvimento de uma gestação ectópica em cicatriz de cesárea (GECC). Este tipo de gravidez traz risco elevado de complicações graves, como ruptura uterina precoce e hemorragia maciça, frequentemente resultando em histerectomia e no comprometimento da fertilidade futura da paciente. Métodos conservadores para o tratamento da GECC têm sido debatidos e aplicados devido ao diagnóstico cada vez mais precoce via ultrassonografia. As abordagens incluem o uso local ou sistêmico de metotrexato, aspiração manual intrauterina (AMIU), histeroscopia, embolização das artérias uterinas (EAU) e curetagem uterina, laparoscopia ou laparotomia para retirada do tecido ectópico (YELA DA e MARCHIANI N, 2013).

Com o aumento dos diagnósticos precoces, as estratégias de manejo de GECC têm evoluído. A escolha do tratamento depende de fatores como o tempo gestacional, a estabilidade clínica da paciente e o desejo de preservar a fertilidade (MURRAY H, et al., 2005; JUNIOR JE, et al., 2008). Métodos conservadores, como o uso de metotrexato, um antagonista do ácido fólico, capaz de impedir a divisão das células trofoblásticas, têm sido bastante utilizados quando se encaixam nos critérios: ausência de embrião vivo, beta-hCG inicial igual ou menor que 5000 mUI/mL, diâmetro da massa menor que 3,5 cm e estabilidade hemodinâmica (MURRAY H, et al., 2005; JUNIOR JE, et al., 2008). As contraindicações ao metotrexato incluem insuficiência renal; anemia moderada a grave, leucopenia ou plaquetopenia; doença hepática ou alcoolismo; úlcera péptica ativa; e amamentação (AMORIM IM, et al., 2022). A paciente do presente estudo não era uma possível candidata para tal alternativa, uma vez que apresentava embrião vivo e um beta-hCG de 49779 mUI/mL.

A curetagem uterina poderia ser arriscada nessa situação devido a alta taxa de insucesso na remoção completa do tecido trofoblástico e da frequência elevada de complicações graves, com o risco de rotura uterina com hemorragia grave e histerectomia de urgência, além da chance de perfuração de bexiga (ARRUDA MS, et al., 2008).

O uso de métodos minimamente invasivos, como a aspiração manual intrauterina, apresenta benefícios em termos de recuperação mais rápida das pacientes, menores taxas de infecção pós-operatória e menos dor no pós-operatório, quando comparado a procedimentos mais agressivos, como a curetagem. Além disso,

o uso do ultrassom não só aumentou a precisão do procedimento, como também permitiu uma visão em tempo real da cavidade uterina, reduzindo o risco de lesões acidentais e aumentando a segurança do procedimento (SILVA GFS, et al., 2024).

O uso de AMIU, como no presente caso, é uma abordagem promissora, especialmente quando há possibilidade de intervenção precoce e acompanhamento rigoroso com exames seriados de β -hCG para garantir a resolução completa da gestação ectópica. A resolução bem-sucedida deste caso reforça a importância de um diagnóstico precoce e de um manejo individualizado da GECC.

Quando optado por tratamento conservador, é frequente a associação de métodos, como visto no estudo feito com cinco estudos clínicos randomizados por 303 mulheres, que fazia uma análise comparativa da associação de métodos como embolização de artérias uterinas com metotrexato sistêmico ou local. A AMIU, em especial, é um método menos invasivo do que a curetagem, entretanto, seu uso exclusivo ainda é pouco documentado, e seu sucesso costuma depender de diagnósticos precoces e intervenções combinadas, como o uso de metotrexato ou EAU (LONG Y, et al., 2020).

Há um relato de caso em Buenos Aires, de uso de AMIU em uma gestação heterotópica, no qual um dos embriões se encontrava no canal cervical. Após ligadura de artérias uterinas e cerclagem, foi utilizado a AMIU para aspiração do conteúdo, com sucesso (ELENA HE, et al., 2015). No presente caso, a conduta tornou-se inovadora ao demonstrar resolução do caso apenas com o uso de AMIU guiado por ultrassonografia.

Ao se considerar o tratamento conservador, deve-se sempre pesar os riscos potenciais e os benefícios da preservação do útero. O uso de AMIU (aspiração manual intrauterina) guiada por ultrassonografia, como realizado nesse caso, é um exemplo de como a evolução tecnológica e diagnóstica tem permitido abordagens menos invasivas para condições que, frequentemente, resultam em histerectomias (LONG Y, et al., 2020). Essa técnica, apesar de ainda pouco documentada em casos de GECC, pode oferecer uma alternativa eficaz e segura para preservar a fertilidade, especialmente quando diagnosticada precocemente.

Outro ponto importante a ser considerado é o impacto psicológico que a GECC pode ter nas pacientes. Mulheres que enfrentam esse tipo de diagnóstico costumam vivenciar altos níveis de estresse e ansiedade, especialmente devido à incerteza sobre sua capacidade reprodutiva futura. Nesse sentido, o sucesso de intervenções conservadoras, como a AMIU, não só tem um impacto físico direto ao preservar o útero, mas também oferece um alívio emocional substancial para a paciente, que mantém suas esperanças de maternidade futura.

O acompanhamento psicológico e o aconselhamento durante o processo de tratamento também são aspectos essenciais para a recuperação plena da paciente (VIÉGAS JVO, et al., 2023; DE PAULA LTL, et al., 2023).

Além disso, o seguimento pós-operatório deve ser rigoroso, com a repetição de exames laboratoriais, como o β -hCG, e ultrassonografias para garantir que a gestação ectópica foi completamente resolvida. Neste caso, o sucesso foi medido pela rápida queda dos níveis de β -hCG e pela ausência de complicações adicionais, como infecções ou retenção de tecido. A resolução da gestação ectópica em cicatriz de cesárea com tratamento conservador varia de 20 a 75 dias e a negatização do valor de β -hCG demora de 30 a 60 dias (YELA DA e MARCHIANI N, 2013).

Em conclusão, o caso discutido reforça a importância do manejo individualizado e do diagnóstico precoce em gestações ectópicas, especialmente aquelas localizadas em cicatrizes de cesárea. A aspiração manual intrauterina, guiada por ultrassonografia, mostrou-se eficaz, representando uma abordagem conservadora com potencial para preservar a fertilidade, ao mesmo tempo em que oferece uma alternativa menos invasiva ao tratamento cirúrgico tradicional. O sucesso deste tratamento reforça a necessidade de estudos adicionais para validar essa técnica como uma opção viável para um número maior de pacientes. Além disso, a educação contínua dos profissionais de saúde sobre a identificação e o manejo da GECC é essencial para garantir que os casos sejam diagnosticados e tratados de maneira oportuna e eficaz.

REFERÊNCIAS

1. AMORIM IM, et al. Uma abordagem geral da Gravidez Ectópica: revisão de literatura. *Revista Eletrônica Acervo Médico.*, 2022; 16: e10801.
2. ANYANWU M e TITLOPE G. Ectopic pregnancy at the Gambian Tertiary hospital. *Afr Health Sci.*, 2021; 21(1): 295-303.
3. ARRUDA MS e CAMARGO JÚNIOR HSA. Gravidez ectópica na cicatriz uterina de cesárea: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 2008; 30(10): 527-31.
4. BIGNARDI T e CONDOUS G. Transrectal ultrasound-guided surgical evacuation of cesarean scar ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.*, 2010; 35(4): 481-5.
5. COUTINHO T, et al. Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: uma complicação emergente. *Femina*, 2014; 42(1): 19-26.
6. DE PAULA LTL, Machado TGM, Costa RSL. Etiologia e fatores de risco associados à gravidez ectópica. *RECIMA21 - Rev Cient Multidiscip.*, 2023; 4(5).
7. ELENA HE, et al. Tratamiento exitoso de un embarazo heterotópico cervical luego de un procedimiento de fecundación in vitro. *Medicina (B Aires)*, 2016; 76(1): 30-2.
8. GERDAY A, et al. Experience With Medical Treatment of Cesarean Scar Ectopic Pregnancy (CSEP) With Local Ultrasound-Guided Injection of Methotrexate. *Front Med.*, 2020; 7: 564764.
9. GIAMPAOLINO P, et al. Management of Cesarean Scar Pregnancy: A Single-Institution Retrospective Review. *Biomed Res Int.*, 2018; 6486407.
10. JUNIOR JE, et al. Gravidez ectópica não rota: diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 2008; 30(3).
11. LE A, et al. Transvaginal surgical treatment of cesarean scar ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.*, 2013; 287(4): 791-6.
12. LI N, et al. Transvaginal ultrasound-guided embryo aspiration plus local administration of low-dose methotrexate for caesarean scar pregnancy. *Ultrasound Med Biol.*, 2012; 38(2): 209-13.
13. LI Y, et al. Clinical study on 39 cases with caesarean scar pregnancy with sonographic mass. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 2014; 49(1): 10-3.
14. LITWICKA K e GRECO E. Cesarean scar pregnancy: a review of management options. *Curr Opin Obstet Gynecol.*, 2011; 23(6): 415-21.
15. LONG Y, et al. Interventions for non-tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2020; 7(7): CD011174.
16. MAHEUX-LACROIX S, et al. Cesarean Scar Pregnancies: A Systematic Review of Treatment Options. *J Minim Invasive Gynecol.*, 2017; 24(6): 915-25.
17. MURRAY H, et al. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ*, 2005; 173(8): 905-12.
18. PANG YP, et al. Cesarean section scar pregnancy: a case series at a single tertiary centre. *Singapore Med J.*, 2012; 53(10): 638-42.
19. ROTAS MA, et al. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol.*, 2006; 107(6): 1373-81.
20. SHIBER Y, et al. Cesarean scar pregnancy: is there a light in the end of the tunnel? *Arch Gynecol Obstet.*, 2023; 307(4): 1057-64.
21. SILVA GFS, et al. Conduas obstétricas no abortamento espontâneo no primeiro trimestre de gestação: uma revisão integrativa. *Rev Fundam Tecnol.*, 2024; 28(134).
22. SIVALINGAM VN, et al. Diagnóstico e tratamento da gravidez ectópica. *Rev Planej Fam Cuid Saúde Reprodutiva*, 2011; 37: 231-40.
23. STABILE G, et al. Ectopic Cervical Pregnancy: Treatment Route. *Medicina (Kaunas)*, 2020; 56(6): 293.
24. TANG P, et al. The trend of the distribution of ectopic pregnancy sites and the clinical characteristics of caesarean scar pregnancy. *Reprod Health*, 2022; 19(1): 182.
25. TIMOR-TRITSCH IE, et al. 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.
26. VIÉGAS JVO, et al. Avaliação psiquiátrica e ginecológica da paciente após gestação ectópica rota de repetição. *Seven Editora*. 2023.
27. WU X, et al. 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(1): 75-9.
28. YELA DA e MARCHIANI N. Tratamento conservador da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: relato de caso. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 2013; 35(5): 233-7.
29. YIN L, et al. Cesarean scar pregnancy analysis of 42 cases. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*, 2009; 44(8): 566-9.
30. YIN X, et al. Angiographic uterine artery chemoembolization followed by vacuum aspiration: an efficient and safe treatment for managing complicated cesarean scar pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.*, 2012; 285(5): 1313-8.