

UN CASO DE EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA ANTERIOR

Juan Carlos Loayza^{1,2}, Aldo Benel², Giannina Zegarra³, Jackeline Curay⁴, Kyra Sigüenza⁴

RESUMEN

El embarazo ectópico en la cicatriz de una cesárea previa se refiere a la implantación del blastocito afuera del endometrio en el sitio donde se realizó la histerotomía previa. Se reporta el caso de una paciente de 32 años de edad que ingresó por el servicio de Emergencia del Hospital de Vitarte en Lima-Perú con 7,5 semanas de gestación por fecha de la última menstruación y ecografía, cesareada previamente hace 7 años. Se realiza laparotomía exploratoria con incisión sobre el istmo uterino sobre de cicatriz de cesarea previa extrayendo el saco gestacional y realizando curetaje sobre el lugar de implantación. Se describe el caso por su rareza y consecuencias potencialmente catastróficas que ponen en peligro la vida de la madre.

Palabras clave: Embarazo ectópico; Embarazo en cicatriz de cesárea (Fuente DeCS BIREME).

A CASE OF ECTOPIC PREGNANCY IN SCAR OF PREVIOUS CESAREAN

ABSTRACT

Ectopic pregnancy in the scar of a previous cesarean section refers to the implantation of the external blastocyst of the endometrium at the site where the previous hysterotomy was performed. We report the case of a 32-year-old patient who was admitted to the emergency service of the Vitarte Hospital in Lima-Peru, with 7,5 weeks of gestation due to the last menstruation and ultrasound scan, previously performed 7 years ago. Exploratory laparotomy was performed with an incision on the uterine isthmus on a scar of previous cesarean section, taking out the gestational sac and performing curettage on the implantation site. The case is described by its rarity and potentially catastrophic consequences that endanger the life of the mother.

Key words: Ectopic pregnancy; Cesarean scar pregnancy (Source: MeSH NLM).

CASO CLINICO

El primer caso de embarazo ectópico en cicatriz de cesarea previa descrito en la bibliografía médica data de 1978, por Larsen y Solomon. Desde entonces, a la fecha, se han reportado poco más de 200 casos.

Se presenta el caso de una mujer, formula obstétrica G2P1001, de 35 años de edad, que acude a la emergencia por persistencia de sangrado vaginal tipo spotting de 1 semana de evolución, en tratamiento con progesterona por un diagnóstico previo de amenaza de aborto, su fecha de última menstruación hace 7,5 semanas. Tiene un antecedente de cesárea hace 7 años por desproporción cefalo-pelvica.

Durante la exploración física no se encontró hipotensión, palidez de mucosa, ni datos de irritación peritoneal.

Mediante especuloscopia se observó escaso sangrado no activo por orificio cervical el cual se encontraba cerrado. Se solicitaron estudios de laboratorio: Hemoglobina 12 gr/dl y B-HCG cuantitativa 13 607 mUI/ml y un ultrasonido obstétrico transvaginal.

La ecografía previa revela un saco gestacional de 15mm de implantación baja con vesícula vitelina y embrión activo de 5mm y un endometrio de 12 mm (Figura 1).

Posteriormente se realiza un control ecográfico donde concluye una cavidad uterina vacua con endometrio de 7

¹ Jefe del servicio de Ginecología del Hospital Vitarte, Lima-Perú

² Médico GinecoObstetra del Hospital Vitarte, Lima-Perú

³ Médico Radiólogo del Hospital Vitarte, Lima-Perú

⁴ Médico Residente de Ginecología del Hospital Vitarte, Lima-Perú

Citar como: Loayza JC, Benel A, Zegarra G, Curay J, Sigüenza K. Un caso de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea anterior. Rev Peru Investig Matern Perinat 2018; 7(2):53-6.

<https://doi.org/10.33421/inmp.2018119>



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

mm y un saco gestacional con embrión activo ubicado en parte anterior de segmento uterino inferior que impresiona adelgazamiento miometrial entre la pared vesical y el saco (Figura 2), la flujometría Doppler sugerían acretismo placentario. (Figura 3).

De acuerdo con el estado clínico y los estudios realizados se diagnosticó embarazo ectópico en la cicatriz de la cesárea previa. Ante el diagnóstico y pronóstico adverso se decidió realizarle histerotomía focalizado en el área de inserción del saco gestacional sobre la cicatriz uterina previa más curetaje peri a la inserción del saco. Los hallazgos durante el proceso operatorio se encontró: útero de 8 x 6 x 5 cm, embarazo en la cicatriz previa, con pérdida de solución de continuidad de la pared miometrial protegida por serosa que impresiona inminencia de ruptura uterina y saco gestacional de 2 cm. (Figuras 4 y 5).

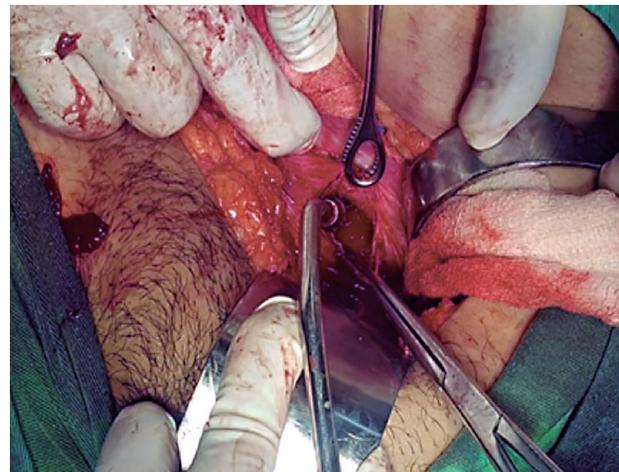


Figura 4.



Figura 5.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico es la causa principal de muerte en el primer trimestre, y ocurre en aproximadamente el 2% de los embarazos¹. Se localizan con mayor frecuencia en la trompa de Falopio, con un 75-80% en la porción ampular, un 10% en la porción ístmica, un 5% en el extremo fimbrial, 2-4% en el extremo intersticial, también conocido como ectópico cornual, y 0.5% en el ovario. Los embarazos ectópicos en cicatriz de cesárea, cervicales son raros².

El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea es un tipo inusual de ectópico donde el embrión se implanta en el miometrio de una cicatriz de cesárea previa.

El primer caso descrito en la bibliografía médica data de 1978, por Larsen y Solomon^{3,4}. Desde entonces, a la fecha, se han reportado poco más de 200 casos. La incidencia aproximada es de 0.15% en mujeres con cesárea previa (12/7980) y de 6.1% en pacientes con cesárea previa y antecedente de embarazo ectópico (12/198). La prevalencia es de 1 en 1,800 a 2,216 embarazos, con tendencia a aumentar conforme se incrementa la terminación de los embarazos por vía abdominal (40-50%)^{5,6}.

Se hipotetiza que el saco gestacional invade el miometrio a través de un defecto microscópico en la cicatriz. Este defecto es secundario a una vascularización deficiente del segmento uterino inferior con fibrosis posterior y cicatrización incompleta. Como tal, el saco gestacional está completamente rodeado por el miometrio y el tejido cicatricial y está completamente separado de la cavidad endometrial⁷.

Los pacientes pueden presentar sangrado vaginal, dolor abdominal o inestabilidad hemodinámica, pero también puede ser un hallazgo incidental. Rotas et al⁸. Encontraron que el 36.8% de los pacientes en su serie de casos estaban asintomáticos en la presentación inicial.

El ultrasonido es la modalidad de diagnóstico principal. Rotas et al⁷ Informan en su serie de casos que la ecografía endovaginal diagnosticó correctamente 94 de 111 casos, una sensibilidad del 84,6% (IC del 95%: 0,763-0,905). Los 17 casos restantes se diagnosticaron incorrectamente como embarazos cervicales o abortos incompletos⁷.

Un ectópico en cicatriz de cesárea anterior puede diagnosticarse mediante ecografía transvaginal utilizando los siguientes criterios sugeridos⁹:

1. Visualización de una cavidad uterina vacía, así como un orificio interno cerrado y un canal endocervical vacío.
2. Detección de la placenta y / o un saco gestacional incrustado en la cicatriz.
3. En gestaciones tempranas (<8 semanas), un saco gestacional triangular que llena el nicho de la cicatriz; a > 8 semanas posmenstruales esta forma puede ser redondeada o incluso ovalada.
4. Una fina capa miometrial (1-3 mm) o ausente entre el saco gestacional y la vejiga.
5. La presencia de polo embrionario / fetal y / o saco vitelino con o sin actividad cardíaca.
6. La presencia de un patrón vascular prominente y en ocasiones rico en o en el área de una cicatriz por cesárea previa.

Además, Godin et al⁹ describen una ausencia de miometrio sano entre la vejiga y el saco. Se ha informado que el grosor del miometrio entre el saco gestacional y la vejiga es inferior a 5 mm en dos tercios de los casos. Jurkovic et al.⁷ también describen el "signo de órgano deslizante" negativo, definido como la incapacidad para desplazar el saco gestacional desde su posición al nivel del orificio interno utilizando la presión suave aplicada por la sonda endovaginal.

El Doppler color puede mejorar la capacidad de diagnóstico de la ecografía endovaginal al demostrar la perfusión peritroblástica que rodea el saco gestacional. El Doppler espectral debe demostrar formas de onda de alta velocidad (velocidad pico > 20 cm / seg), baja impedancia (índice de pulsatilidad <1)⁷.

Debido a la baja frecuencia de este tipo de embarazo ectópico no existen guías universales de tratamiento y no existe consenso en cuanto al tratamiento de elección, debido a que la paciente suele ser joven, se intenta instituir un tratamiento para preservar la fertilidad.

Se han descrito 2 tipos de embarazo ectópico en la cicatriz de la cesárea. Uno de ellos crece hacia la cavidad uterina (pudiendo llegar a término) y el otro crece hacia el exterior uterino, progresando hacia la rotura uterina y la invasión de otras estructuras pélvicas.

La observación generalmente no se recomienda ya que los riesgos de complicaciones del primer trimestre aumentan a

medida que progresa el embarazo. En reportes de casos se ha informado sobre el uso de metotrexato sistémico, inyección local de embriones, aspiración de saco quirúrgico, evacuación histeroscópica, extirpación laparoscópica, tratamiento quirúrgico abierto e histerectomía

El abordaje quirúrgico implica la laparotomía tradicional y la evacuación del saco y la reparación del defecto uterino¹⁰. El mismo procedimiento puede realizarse laparoscópicamente. La dilatación del cuello uterino y la evacuación también ha sido descrita por algunos con un resultado aparentemente bueno. Esto no parece ser un enfoque racional ya que el saco gestacional generalmente se separa de la cavidad uterina por una capa de miometrio y un intento de evacuar el saco por vía vaginal dará como resultado el desgarro inevitable de esta capa con un posible sangrado excesivo. Graesslin et al informaron el uso exitoso de MTX sistémico antes de la dilatación y legrado en un caso¹¹. Algunos autores prefieren utilizar la embolización de la arteria uterina (EAU) para minimizar la pérdida de sangre. Yan informó cuatro casos en tres de ellos EAU se utilizó ya sea después de la administración sistémica o antes de la administración local de MTX. Aunque la EAU parece prometedor en el tratamiento de casos estables, es demasiado pronto para recomendarlo como una línea principal de terapia¹².

La ventaja de la histeroscopia y la laparoscopia es la menor invasividad, presentando un menor sangrado y un menor tiempo de ingreso hospitalario. Sin embargo, la laparotomía presenta la ventaja de poder eliminar el defecto uterino. Todas estas técnicas son adecuadas para mujeres que desean mantener su fertilidad.

Financiamiento: Autofinanciado

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener algún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chang J, Elam-Evans LD, Berg CJ y col. Vigilancia de la mortalidad relacionada con el embarazo-Estados Unidos, 1991-1999. *MMWR Surveill Summ.* 2003; 52: 1-9.
2. Breen JL. Una encuesta de 21 años de 654 embarazos ectópicos. *Am J Obstet Gynecol.* 1970;106: 1004-1019
3. K.M. Seow,L.W. Huang,Y.H. Lin,M.Y. Lin,Y.L. Tsai,J.L. Hwang. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol,* 23 (2004), pp. 247-253.
4. Ash A, Smith,D. Maxwell. Cesarean scar pregnancy. *BJOG.*2007;114: 253-263.
5. Yáñez MR, Martínez BP, Ibáñez DY, Benavides BC,Vega CA. Embarazo ectópico ístmico-cervical en cicatriz de cesárea previa. *Rev Chil Obstet Ginecol.*,2007;72:176-189.
6. Deans R, Abbott J. Hysteroscopic management of cesarean scar ectopic pregnancy. *Fertil Steril,* (2009),
7. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B et al. Diagnóstico y manejo del primer trimestre de los embarazos implantados en la cicatriz de la cesárea inferior del útero. *Ultrasonido Obstet Gynecol.* 2003; 21: 220-227
8. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cicatriz por cesárea embarazos ectópicos: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Obstet Gynecol.* 2006;107: 1373-1381.
9. Godin P, Bassil S, Donnez J. Un embarazo ectópico que se desarrolla en una cicatriz previa de cesárea. *Fertil Steril.* 1997; 67: 398-400.
10. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, y col. El diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del embarazo con cicatriz cesariana. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 207: 44.e1-13
11. Weimin W, Wenqing L. Efecto del embarazo temprano en una cicatriz anterior de la sección cesárea del segmento inferior. *Int J Gynecol Obstet.* 2002;77: 201-2079.
12. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S et al. Embarazos ectópicos en cicatrices de cesárea: la experiencia de 8 años de un centro médico. *Hum Reprod.*2004; 19: 278-284