



Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa

Laura Patricia González de Jesús,* Asyadette Barrera García*

RESUMEN

El embarazo ectópico en la cicatriz de una cesárea previa se refiere a la implantación del blastocisto afuera del endometrio en el sitio donde se realizó la histerotomía previa. Se reporta el caso de una paciente de 35 años de edad que ingresó por el servicio de Urgencias con 11.3 semanas de gestación por fecha de la última menstruación. Ante el diagnóstico, pronóstico y paridad satisfecha de la paciente se decidió realizarle histerectomía en bloque. Se describe el caso por su rareza y consecuencias catastróficas que ponen en peligro la vida de la madre. La prevalencia calculada es de 1:1800 a 1:1226 de todos los embarazos (0.15%) y representa 6.15% de los embarazos ectópicos en mujeres con, al menos, una cesárea. En la última década se han publicado más casos quizás debido al incremento mundial de la cesárea o al diagnóstico temprano. Para evitar complicaciones, al momento del diagnóstico se recomienda la interrupción del embarazo.

Palabras clave: embarazo ectópico, embarazo en cicatriz de cesárea.

ABSTRACT

The ectopic pregnancy within a cesarean scar, is defined as the implantation of the blastocyst outside the endometrium in the site where the histerotomy was made in the previous cesarean. We report a case of a 35 year old patient, which arrives to the emergency room with 11.3 weeks of gestation. With the diagnostic, prognostic and pleased parity we decide to do block hysterectomy. We describe this case because of its low frequency, but catastrophic consequences that put on danger mothers life. Prevalence is calculated on 1:1800-1226 of all pregnancies (0.15%) and represents 6.15% of ectopic pregnancies in women with at least one cesarean. They have been published a mayor number of cases during the last decade, probably because of the world increment of cesarean delivery or the earliest diagnostic. We recommend interruption of pregnancy at the moment of diagnosis, to avoid complications.

Key words: Ectopic Pregnancy, Cesarean scar pregnancy

RÉSUMÉ

Grossesse extra-utérine après une césarienne en termes d'implantation du blastocyste à l'extérieur de l'endomètre à l'hystérectomie site avant a été effectué. Nous rapportons le cas d'une personne de 35 ans a été admise pour le service des urgences avec 11,3 semaines de gestation par LMP. Avant le diagnostic, le pronostic et la parité de la satisfaction des patients Donnez-vous décidé de bloquer l'hystérectomie. Nous rapportons le cas pour sa rareté et ses conséquences catastrophiques qui mettent en danger la vie de la mère. La prévalence estimée de 1:1800 à 1:1226 est de toutes les grossesses (0,15%) et représente 6,15% des grossesses extra-utérines chez les femmes avec au moins un césarienne. Dans la dernière décennie a publié plus de cas peut-être en raison de l'augmentation globale de césarienne ou d'un diagnostic précoce. Pour éviter des complications au moment du diagnostic est recommandé l'avortement.

Mots clés: grossesse extra-utérine, la grossesse par césarienne. Cicatrice

RESUMO

A gravidez ectópica após cesariana em termos de implantação do blastocisto fora do endométrio no site antes histerectomia foi realizada. Relatamos o caso de um 35-year-old foi admitido para o departamento de emergência com 11,3 semanas de gestação pela LMP. Antes do diagnóstico, prognóstico e paridade de satisfação do paciente Dê você decidiu bloquear histerectomia. Descrevemos o caso pela sua raridade e as consequências catastróficas que coloquem em risco a vida da mãe. A prevalência estimada de 1:1800 a 1:1226 é de todas as gestações (0,15%) e representa 6,15% das gravidezes ectópicas nas mulheres com pelo menos uma cesárea. Na última década publicou mais casos, talvez devido ao aumento global de cesariana ou diagnóstico precoce. Para evitar complicações no momento do diagnóstico é recomendado o aborto.

Palavras-chave: gravidez ectópica, gravidez cicatriz de cesariana.

El embarazo ectópico en la cicatriz de la cesárea previa se refiere a la implantación del blastocisto fuera del endometrio, en el sitio donde se realizó la histerotomía previa. Este fenómeno sucede en 2% de los embarazos ectópicos; a pesar de ser un problema excepcional si no se trata tempranamente y de manera correcta puede causar complicaciones graves e, incluso, la muerte de la madre. A pesar de que se desconoce la causa se han observado algunos factores predisponentes: número de cesáreas y embarazos ectópicos previos, entre otros.

El diagnóstico puede establecerse por hallazgo ultrasonográfico, sobre todo transvaginal, durante el primer trimestre del embarazo o en quienes refieren sangrado transvaginal leve a moderado o dolor abdominal. Cuando el diagnóstico se establece durante el primer trimestre, el pronóstico es bueno y el riesgo de complicaciones bajo; sin embargo, aún no se han establecido guías para la atención médica de esta situación debido a su baja incidencia.

CASO CLINICO

Paciente femenina de 35 años de edad, con cuatro embarazos, un parto y dos cesáreas. Ingresó al servicio de Urgencias con embarazo de 11.3 semanas determinado por la fecha de la última menstruación, sangrado transvaginal abundante de 15 días de evolución, que se agudizó tres días previos a su ingreso. Durante la exploración física la paciente se encontró con: hipotensión, palidez de mucosa, sin datos de irritación peritoneal. Mediante especuloscopia se retiraron 16 gasas con moderado contenido hemático, sin sangrado activo. El cuello uterino se encontró: con color violáceo, edematizado, hipervascularizado, fondos de saco libres, al tacto vaginal sin alteraciones. Se solicitaron estudios de laboratorio y un ultrasonido obstétrico. (Figura 1)

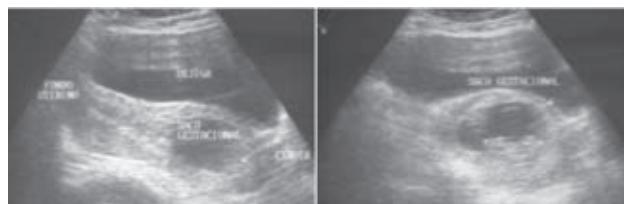


Figura 1. Ultrasonido donde se observa un saco gestacional de siete semanas de gestación con implantación corporal baja.

El ultrasonido abdominal reportó la existencia de un embarazo de 11.5 semanas de gestación, con implantación corporal baja, embrión único con frecuencia cardíaca fetal de 157 latidos por minuto. Los ultrasonidos transvaginal y translabial reportaron que la placenta estaba en la pared anterior, previa total con pérdida de interfase entre el miometrio y la placenta, a la aplicación Doppler con datos que sugirieron acretismo placentario. (Figura 2)



Figura 2. Ultrasonido, saco gestacional de 11.5 semanas de gestación con vitalidad, pérdida de interfase entre el miometrio y la placenta, a la aplicación Doppler con datos que sugieren acretismo placentario.

De acuerdo con el estado clínico y los estudios realizados se diagnosticó embarazo ectópico en la cicatriz de la cesárea previa y anemia; por esto se le transfundieron dos paquetes globulares. Ante el diagnóstico, pronóstico y paridad satisfecha se decidió realizarle histerectomía en bloque. Durante el proceso operatorio se encontró: vejiga alta, útero de 14 x 10 x 8 cm, embarazo en la cicatriz de la histerotomía previa, con datos de acretismo placentario y feto de aproximadamente 12 semanas de gestación, sin vitalidad. La hemorragia total fue de 800 cc; se lesionó el techo y la pared posterior de la vejiga, y se produjo una lesión térmica en el intestino delgado. (Figuras 3, 4 y 5)

El estudio patológico de la pieza quirúrgica reportó: endometrio hipersecretor, con reacción de Arias Stella, acretismo placentario focal (placenta increta) localizado

* Médica adscrita al servicio de Obstetricia. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes, México, DF.

Correspondencia: Dra. Laura Patricia González de Jesús
Recibido: enero 2012 Aceptado: febrero 2012

Este artículo debe citarse como: González de Jesús LP, Barrera-García A. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa. Ginecol Obstet Mex 2012;80(4):295-299.

cerca del borde quirúrgico, feto masculino de 16.9 gramos. La paciente evolucionó favorablemente. (Figura 6)

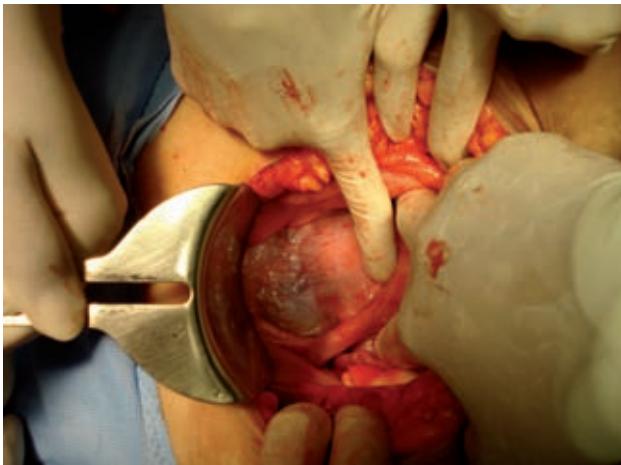


Figura 3. Abordaje quirúrgico de histerectomía en bloque. En el segmento se observa hipervascularidad.



Figura 4. Histerectomía en bloque: a) se observa segmento ancho, b) feto único sin vitalidad

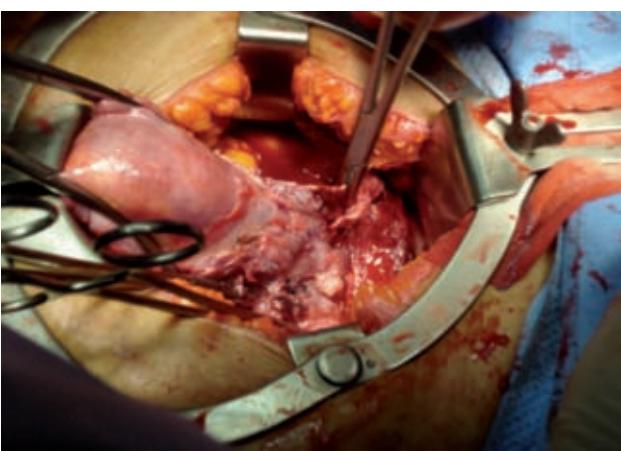


Figura 5. Disección de plica vesicouterina con datos de acretismo placentario



Figura 6. Pieza quirúrgica

DISCUSION

El embarazo ectópico se define como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina. Su frecuencia es cercana a 2% de todos los embarazos y es una de las principales causas de mortalidad materna durante el primer trimestre del embarazo.^{1,2,3}

El embarazo ectópico en la cicatriz de la cesárea previa se refiere a la implantación del blastocisto en el miometrio, justo en el sitio donde se realizó la histerotomía en la cesárea previa.¹ Si esta alteración no se trata temprana y acertadamente puede ocasionar una rotura uterina e, incluso, hemorragia masiva, coagulación intravascular diseminada, y la muerte materna.¹

El primer caso descrito en la bibliografía médica data de 1978, por Larsen y Solomon.^{2,3} 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%).^{4,5}

Este tipo de embarazo se diagnostica entre las semanas 5.0 y 12.4 de la gestación ($\bar{x} 7.5 \pm 2.5$ semanas) con un periodo de seis meses a doce años entre la última cesárea y el embarazo ectópico previo. La causa exacta sigue sin conocerse; sin embargo, este tipo de implantación intra-mural ectópica se ha relacionado con un defecto en la cicatriz o una dehiscencia microscópica entre la cicatriz de la cesárea previa y el canal endometrial, secundaria a una pobre vascularidad del segmento inferior del útero que ocasiona fibrosis y adelgazamiento del miometrio.^{1,7,8}

Entre los factores que predisponen al adelgazamiento del segmento durante la cesárea y que pueden incrementar el riesgo están las cirugías ginecológicas, como: metroplastias, legrados, miomectomías, cesáreas (pretérmino, presentación pélvica, falta de progreso del primer estadio

del trabajo de parto, corioamnionitis, periodo intergenésico corto y cesárea iterativa), cierre de la histerotomía con suturas no indicadas, o mala técnica quirúrgica.^{1,4,6}

La presentación puede ser asintomática, de inicio súbito, con dolor abdominal de leve a moderada intensidad acompañado de sangrado transvaginal o como un hallazgo ultrasonográfico durante el control del embarazo en el primer trimestre.^{1,4} Vial y sus colaboradores incluyeron en su revisión una lista de criterios ultrasonográficos para establecer el diagnóstico; entre estos se mencionan: *a)* aparición de tejido trofoblástico entre la vejiga y la pared anterior del útero; *b)* saco gestacional, sin partes fetales visibles; *c)* en un corte sagital del útero siguiendo el saco gestacional, con pérdida de la continuidad en la pared anterior del útero. En los casos de embarazo temprano, el ultrasonido Doppler, Doppler color o en tercera dimensión pueden ser de gran ayuda para observar el patrón de flujo (pico de velocidad mayor de 20 cm por segundo), índice de resistencia y de pulsatilidad (IP <1) de la vasculatura peritrofoblástica y con esto excluir o confirmar el diagnóstico. Se reporta que su sensibilidad es de 84.6% con IC95% (0.763-0.905).^{2-6,8,9}

Jurkovic y su grupo demostraron que 71% de los embarazos ectópicos en la cicatriz de la cesárea previa penetran el miometrio hasta quedar a milímetros de la vejiga y 44% de los mismos culminan en aborto del primer trimestre.^{2,10} Algunos estudios han reportado lesiones vesicales durante la dilatación y el curetaje o la laparotomía exploradora, como sucedió en nuestra paciente. La mayor parte de las complicaciones se deben a falta de diagnóstico temprano; cuando la placenta se implanta en la cicatriz de la cesárea previa el riesgo de acretismo es de 30-40%, que es causa de hemorragias masivas durante la resolución que hace necesario un tratamiento adicional, como: embolización uterina, ligadura de arterias uterinas e, incluso, histerectomía. Las complicaciones pueden ser tan serias como la coagulación intravascular diseminada o, incluso, la muerte.^{1,2,7,9}

Aún no se conoce la atención médica precisa para las pacientes con este problema. La decisión es difícil y debe basarse en las condiciones de la paciente, estado clínico, edad gestacional, parámetro de neovascularización placentaria, y en su deseo de preservar la fertilidad.^{6,7,8} En la mayoría de los casos (95%) es posible preservar el útero.⁶ En el Cuadro 1 se exponen los diferentes tratamientos existentes y la vía de terminación del embarazo. Se han reportado algunos casos de embarazo a término sin complicaciones fetales, sobre todo de pacientes que

recibieron tratamiento expectante; sin embargo, se sugiere la interrupción enseguida del diagnóstico, por el riesgo incrementado de hemorragia masiva y rotura uterina.^{7,10,11}

La prescripción, sistémica o local, de metotrexato es una opción terapéutica conservadora en pacientes con estabilidad hemodinámica y deseo de preservar la fertilidad. La primera con una pobre absorción del mismo a través del tejido fibroso de la cicatriz, que provoca retraso en la eliminación completa del saco gestacional que expone a la paciente a altas dosis de este agente quimioterápico, con los efectos adversos correspondientes. Por el contrario, el uso local mediante inyección directa bajo guía ultrasonográfica provee una dosis mayor y, por tanto, mejor reabsorción del saco gestacional.⁷ Algunos autores recomiendan el seguimiento de estas pacientes durante 3 a 9 meses, con medición semanal de β-hCG hasta que se vuelva indetectable y un ultrasonido mensual hasta que no se visualice el producto de la concepción.⁸ La succión, dilatación y el curetaje, guidas por ultrasonido, no se recomiendan porque pueden condicionar perforaciones uterinas, con sangrado importante que requiera cirugía mayor de urgencia. La administración local de KCL en la masa del embarazo ectópico se considera una buena alternativa de tratamiento conservador de mínima invasión, que evita los efectos colaterales del tratamiento sistémico.⁹

La laparoscopia o laparotomía para la terminación de este tipo embarazos pueden ser útiles. Las ventajas de esta intervención son: corrige el defecto con la posibilidad de buscar un nuevo embarazo posterior. Entre las desventajas laparoscópicas están: la dificultad para localizar la masa ectópica y mayor riesgo de lesionar la vejiga. Rotas y sus colaboradores, en su revisión de 122 casos, reportaron que la resección del saco gestacional y de la cicatriz previa con reparación mediante laparotomía o laparoscopia son formas seguras de tratamiento, sobre todo en pacientes con β-hCG mayor de 15,000mU/mL.¹ Otros grupos recomiendan la resección de la cicatriz previa porque reduce el riesgo de recurrencia. La histeroscopia es un método de mínima invasión que tiene la ventaja de identificar el saco gestacional y la distribución de los vasos en el sitio de implantación, con verificación de la hemostasia en ese momento. Ben Naig y sus colaboradores sugieren reparar la cicatriz tres meses después de la terminación del embarazo ectópico mediante histeroscopia quirúrgica para verificar la hemostasia y asegurar la integridad de la cicatriz.¹⁶

Las arterias uterinas pueden embolizarse; este procedimiento radiológico invasivo ha ganado aceptación en la actualidad. En casos de invasión trofoblástica hacia el espacio vesicouterino la histerectomía se considera una alternativa.^{4,13}

COMENTARIO

La prevalencia del embarazo ectópico en la cicatriz de la cesárea previa es mucho más frecuente de lo que se diagnostica en la actualidad. Se han publicado más casos en la última década, quizás debido al incremento de la operación cesárea o por el diagnóstico temprano. El ultrasonido transvaginal es el mejor método para diagnosticar esta afección; sin embargo, los antecedentes obstétricos, los síntomas y, sobre todo, el conocimiento del embarazo ectópico, es imprescindible para saber y decidir de manera integral con base en las condiciones clínicas y el deseo de preservar la fertilidad, el tratamiento de estos casos, a pesar de la falta de guías clínicas del mismo. Para evitar complicaciones catastróficas se recomienda la interrupción del embarazo al momento del diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Rotas MA, Haberman S, Levgur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet & Gynecol* 2006;107(6):1373-1381.
2. Rojas J, Duarte P. Ectopic pregnancy in cesarean scar. A case report. *Rev Col Obstet y Ginecol* 2007;58(1):65-69.
3. Hassan I, Lower A, Overton C. Ectopic pregnancy within a cesarean section scar. *Ultrasound Obstet & Gynecol* 2007;29:470-478.
4. Han Lee J, Hee Kim S, Hyun S, et al. Laparoscopic surgery of ectopic gestational sac implanted in the cesarean section scar. *Surg Laparos Endos & Percut Tech* 2008;18(5):479- 482.
5. Seow KM, Huang JL, Lin YH, et al. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet & Gynecol* 2004;23:247-253.
6. Hois EL, Hibbels JF, Alonzo MJ, Chen ME. Ectopic pregnancy in a cesarean section scar treated with intramuscular methotrexate and bilateral uterine artery embolization. *J Clin Ultrasound* 2008;36(2):123-127.
7. Deb S, Clewes J, Hewer C, et al. The management of cesarean scar pregnancy following treatment with methotrexate, a clinical challenge. *Ultrasound Obstet & Gynecol* 2007;30:889-892.
8. Chuang J, Seow KM, Cheng WC, et al. Conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean scar section. *BJOG* 2003;110(9):869-870.
9. Jiao LZ, Zhao J, Wan XR, et al. Diagnosis and treatment of cesarean scar pregnancy. *Chin Med Scien J* 2008;23(1):10-15.