



Implantación embrionaria en cicatriz de cesárea

RESUMEN

Antecedentes: el embarazo ectópico sigue siendo una urgencia que amenaza la vida de la mujer y su fertilidad. La bibliografía sitúa al embarazo ectópico tubárico como la localización más frecuente (97%), y la cicatriz de cesárea la menos frecuente (menos de 1%). Por eso los reportes son excepcionales del embarazo ectópico.

Objetivo: exponer las posibilidades de diagnóstico y tratamiento y discutir las modalidades actuales del embarazo ectópico.

Caso clínico: paciente de 28 años de edad, llegó a la consulta externa del Hospital Santa Rosa de Lima por manchado escaso transvaginal de dos días de evolución, sin dolor. Por especuloscopia se detectó escaso manchado transvaginal. El ultrasonido transvaginal encontró que la paciente cursaba embarazo de 9.1 semanas, localizado en la cicatriz de la cesárea, con actividad cardíaca fetal de 150 latidos por minuto. Por laparotomía se extrajo el embrión sin complicaciones.

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

Henry Aristóteles Mateo-Sánchez¹
Lysandra Hernández-Arroyo²
Victoria Mateo-Madrigal³
Melissa Mateo-Madrigal⁴
Daniela Mateo-Madrigal⁵

¹ Ginecoobstetra, biólogo de la Reproducción Humana, Hospital Santa Rosa de Lima, Ensenada, Baja California, México.

² Médico general, adscrito a Consulta Externa, Hospital Santa Rosa de Lima, Ensenada, Baja California, México.

³ Médico pasante del Servicio Social, SSA-Mexicali.

⁴ Residente de primer año de Pediatría, Hospital Infantil de Hermosillo, Sonora.

⁵ Estudiante de Medicina, Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali.

Embryo implantation in cesarean section

ABSTRACT

Background: Ectopic pregnancy continues to be a life threatening emergency as well as a menace to women fertility. Documented cases site tubal ectopic pregnancy as the most frequent location in 97% of cases. Being the previous cesarean scar the most rare location (<1%), therefore, rarely reported.

Objective: To explain the process of diagnosis and treatment as well as the discussion of current modalities.

Clinical Case: 28 years old patient who goes to the outpatient service at Santa Rosa de Lima Hospital for presenting scarcely transvaginal stain of two days of evolution (which was detected by speculoscopia exploration) without referring pain. Transvaginal ultrasound showed 9.1 weeks of gestation pregnancy, located in the previous cesarean scar, with a heartbeat of 150 beats per minute. Subsequently, a laparotomy was performed obtaining the product without further complications.

Key words: ectopic pregnancy, previous cesarean scar pregnancy

Recibido: febrero 2014

Aceptado: abril 2014

Correspondencia

Dr. Henry Aristóteles Mateo Sánchez
Calle Iturbide 399
Esquina calle 4ta
22800 Ensenada, Baja California,
hmfertil@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

Mateo-Sánchez HA, Hernández-Arroyo L, Mateo-Madrigal V, Mateo-Madrigal M, Mateo-Madrigal D. Implantación embrionaria en cicatriz de cesárea. Ginecol Obstet Mex 2014;82:410-414.



ANTECEDENTES

El embarazo ectópico lo identificaron por primera vez Larsen y Salomon en 1978¹ y sigue siendo una urgencia que amenaza la vida de la mujer, y su fertilidad. En la bibliografía se señala que el embarazo ectópico tubárico es la localización más frecuente (97%) y en la cicatriz de cesárea es excepcional (menos de 1%),² por eso los reportes son pocos. La incidencia es de 1:1,800-1:2,216 embarazos; en los últimos años se ha elevado como consecuencia del incremento de las cesáreas y del diagnóstico oportuno.³

El caso se reporta con el propósito de exponer las posibilidades de diagnóstico y tratamiento y discutir las modalidades actuales. La paciente se atendió por laparotomía; el embarazo se interrumpió enseguida de establecer el diagnóstico a las 9.1 semanas de gestación por fecha de la última menstruación.

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años de edad, de ocupación profesora y estado civil casada. Antecedentes ginecoobstétricos: menarquia a los 13 años, fecha de la última menstruación: 6 de junio de 2005, dos embarazos. El primero se terminó por cesárea debido a desproporción céfalo-pélvica, y el segundo es el que aquí se expone. Antecedentes: cervicitis crónica tratada con óvulos de ketanserina, miconazol y metronidazol y criocirugía; enfermedad inflamatoria pélvica tratada con clindamicina. En los últimos dos años no utilizó método anticonceptivo.

Acudió al servicio de consulta externa del Hospital Santa Rosa de Lima por manchado escaso transvaginal de dos días de evolución, sin dolor. En la exploración física se la encontró: alerta, consciente, hemodinámicamente estable, sin otros datos patológicos aparentes. En el tacto

vaginal el cuello uterino se encontró cerrado, largo y posterior; en la especuloscopia se observó escaso manchado transvaginal.

En el ultrasonido transvaginal de 6.5 MHz (Sonoace 8000 Live Prime, Medison) del 9 de agosto de 2005 (Figuras 1-4) el embrión se encontró en la cicatriz de la cesárea, a las 8.0 semanas de gestación por longitud cráneo caudal (1.59 cm) (margen de error normal con respecto a la fecha de la última menstruación),⁴ acorde con la edad gestacional y actividad cardíaca embrionaria de 150 latidos por minuto. La cavidad uterina se encontró con endometrio engrosado y vacío.



Figura 1. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa.



Figura 2. Embarazo de 9.1 semanas de gestación por fecha de la última menstruación.



Figura 3. Embrión en cicatriz de cesárea.



Figura 4. Istmo cervical.

Enseguida de la confirmación del diagnóstico de embarazo ectópico en la cicatriz de la cesárea se practicó una laparotomía exploradora con corte por planos hasta llegar a la plica vesico-uterina, que se disecó con una tijera Metzenbaum. El embrión y sus anexos se expulsaron de inmediato, sin sangrado de importancia. Luego de revisar la hemostasia se realizó histerorrafia con dos puntos separados con hilo crómico del 1 y cierre del peritoneo visceral. Volvió a verificarse la hemostasia y se cerró por planos hasta la piel.

La paciente cursó el posoperatorio sin complicaciones y salió del hospital trascurridas 24 horas.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea es una implantación embrionaria excepcional, aunque a últimas fechas se ha incrementado como consecuencia del uso de nuevas técnicas de reproducción asistida con hiperestimulación ovárica controlada. La bibliografía apunta que la causa de los embarazos ectópicos es multifactorial, entre ellos:⁵ salpingitis, enfermedad pélvica inflamatoria recurrente, adherencias, antecedentes de cirugías tubáricas u otras (cesáreas), endometriosis, medicamentos hormonales, tabaquismo, desnutrición, técnicas de reproducción asistida, uso de anticonceptivos (hormonales y DIU), enfermedades de transmisión sexual, infertilidad y embarazo ectópico previo.

El diagnóstico tiene dos fases: el cuadro clínico y los auxiliares de laboratorio y gabinete. Desde el punto de vista clínico se reporta una triada clásica: amenorrea (promedio 7-9 semanas), dolor abdominal y masa pélvica. En los casos graves se observa desequilibrio hemodinámico manifestado por un cuadro de choque y abdomen agudo. El diagnóstico diferencial se basa en otras afecciones causantes de dolor abdominal agudo (apendicitis, quiste ovárico, amenaza de aborto, entre otras.). El hemograma, la determinación de subunidad beta de gonadotropina coriónica y el ultrasonido transvaginal son referentes para el diagnóstico; la laparoscopia es el patrón de referencia para el diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico.⁶

La Figura 5 es una sinopsis del tratamiento médico-quirúrgico del embarazo ectópico^{2,7} que determina ciertas variables: estabilidad hemodinámica, tamaño del saco gestacional, existencia o no de latido cardíaco fetal y concentraciones de hormona gonadotropina coriónica (hCG).

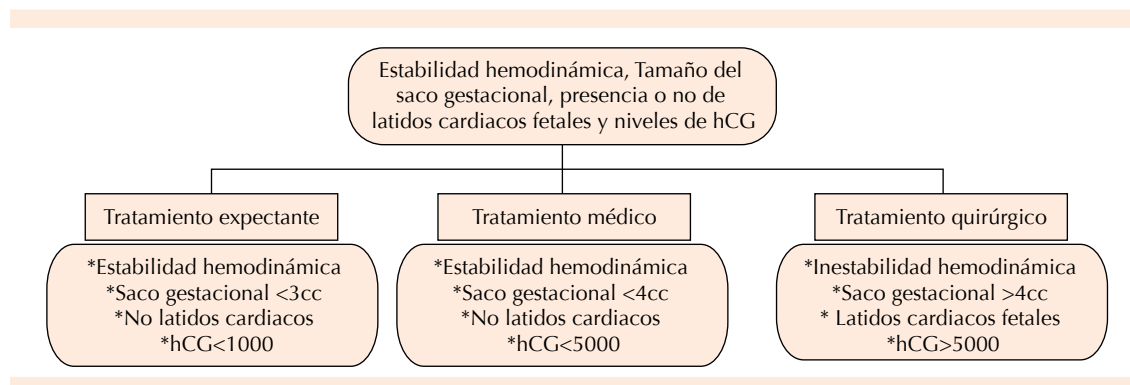


Figura 5. Sinopsis del tratamiento médico-quirúrgico del embarazo ectópico.

Criterios de indicación de metotrexato⁶

- Embarazo ectópico no roto, con diámetro del saco menor de 2 cm.
- Sin afectación del estado general, ni cuadro doloroso grave.
- Dosis: esquema 1 (dosis única): 1 mg/kg de metotrexato.
- Esquema 2 (dosis múltiple): 1 mg/kg de metotrexato y 0.1 mg/kg de ácido fólico.
- Evaluación seriada cada 48 horas de hCG en suero hasta obtener negativo.

• Relativas

- Actividad cardíaca embrionaria detectada por ultrasonido transvaginal
- Concentraciones elevadas de hCG (> 5000 mIU/mL)
- Embarazo ectópico mayor de 4 cm
- Negación para aceptar la transfusión sanguínea
- Incapacidad para el seguimiento

Quirúrgico:⁶

- Embarazo abdominal: laparotomía y extracción del feto. Si la placenta está implantada en algunos órganos se deja y se trata con metotrexato (1-2 mg/kg de peso) durante el posoperatorio.
- Embarazo cervical: generalmente consiste en histerectomía abdominal. La detección temprana permite el tratamiento conservador:
 - Legrado cervical.
 - Embolización arterial y ligadura bilateral de arterias hipogástricas.
 - Metotrexato por vía sistémica o local, con las condiciones mencionadas.

Contraindicaciones del metotrexato:⁷

- Absolutas
 - Embarazo intrauterino
 - Inmunodeficiencia
 - Anemia, leucopenia o trombocitopenia moderada a severa
 - Hipersensibilidad
 - Enfermedad pulmonar activa
 - Enfermedad úlcero-péptica activa
 - Disfunción hepática clínica
 - Disfunción renal clínica
 - Lactancia

- Embarazo intersticial: resección cornual, histerectomía que puede ser por laparoscopia.
- Embarazo tubárico: laparoscopia o laparotomía conservadora o radical.

En nuestro caso los criterios utilizados se sustentaron en las semanas de gestación, los latidos cardiacos fetales y su localización, a pesar de que clínicamente la paciente permanecía estable y sin dolor.

CONCLUSIÓN

La identificación del embarazo ectópico suele suceder entre la quinta y decimasegunda semanas de gestación, cuando el embrión ha crecido³ y es capaz de producir síntomas importantes. En este punto el tratamiento conservador es dejado de lado por uno radical debido a lo avanzado del estado y alto riesgo de complicaciones irreversibles, aunque el tratamiento quirúrgico puede ser conservador. Con base en nuestra experiencia clínica, esto puede ocurrir porque con frecuencia la mujer acude a control prenatal a partir de las seis o siete semanas de gestación o se realiza el primer ultrasonido después de este tiempo. Como método preventivo se sugiere el ultrasonido transvaginal entre la sexta y séptima semanas de gestación en mujeres con factores de riesgo para embarazo ectópico o mujeres con antecedentes de uno, porque el ultrasonido es el método diagnóstico 100% confirmatorio.^{2,8} A esa edad gestacional se podrá observar un embrión de entre 5 y 10 mm, con actividad cardiaca.⁹

Poder definir la causa del embarazo ectópico es un reto para prevenirlo, pero no una prioridad al momento de tratar un caso. La prioridad es conservar la fertilidad y reducir la morbilidad y mortalidad, sin olvidar que toda mujer con antecedente de cesárea es susceptible de iniciar el embarazo en ese sitio.

REFERENCIAS

1. Sepúlveda-Agudelo J, Cristancho-Solano M, Parra-Meza C. Embarazo ectópico en la cicatriz uterina: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2010;61:66-71.
2. Pérez Peña E. Atención Integral de la infertilidad. *Endocrinología, cirugía y reproducción asistida. Embarazo ectópico*. 3ª ed. México: Médica Panamericana, 2011;171-184.
3. Valdera-Simbrón CJ, Fernández-Alonso AM, Fernández-Soriano MA, Fiol-Ruiz G. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea anterior: comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Prog Obstet Ginecol* 2011;54:320-4.
4. Laing FC, Frates MC. Evaluación ecográfica durante el primer trimestre de embarazo. En: *Ecografía en Obstetricia y Ginecología*. 4ª ed. México: Médica Panamericana, 2002; 121.
5. Parrilla JJ, Delgado JL, Abad L. *Reproducción Humana. Embarazo ectópico*. 2ª ed. México: McGraw-Hill, 2002; 227-235.
6. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos de ginecología y obstetricia. *Embarazo ectópico*. Tomo II. 2003;83-84.
7. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Medical Treatment of ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility* 2008;90 (Suppl 3).
8. Doumerc S, Hervé F. Cuadernos de medicina reproductiva: Embarazo ectópico. Diagnóstico ecográfico de los embarazos ectópicos. Vol. 2 Num.1. México: Médica Panamericana, 1996;47-69.
9. Mancera-Resendiz MA, Arredondo-Merino RR, Gómez Pedroso-Rea FJ, Rivera-Rodríguez P, Iturralde-Rosas-Priego P. Embarazo heterotópico espontáneo. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79:377-381.