

Presentación de Caso Clínico**Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa****Ectopic pregnancy in previous cesarean scar**

Henry Mateo Sáñez,* Emilio Mateo Sáñez,** Lysandra Hernández Arroyo,***Elia Lilia Salazar Ricarte*** Hospital Santa Rosa de Lima, Ensenada, Baja California

Nivel de Evidencias III

* Director, Médico Gineco-obstetra, Biólogo de la Reproducción

** Sub-director, Médico Gineco-obstetra, Colposcopista.

*** Médico Adscrito Consulta Externa, Médico General.

Resumen

Introducción: el embarazo ectópico continúa siendo una urgencia que amenaza la vida de la mujer, así como su fertilidad. La literatura sitúa el embarazo ectópico tubárico como la localización más frecuente en un 97%, siendo la cicatriz por cesárea previa una localización infrecuente (<1%). Por ende, raramente se reporta.

Objetivo: exponer las vías de diagnóstico y tratamiento, así como la discusión de las modalidades actuales.

Presentación de Caso: paciente de 28 años de edad quien acude al servicio de consulta externa del Hospital Santa Rosa de Lima por presentar manchado escaso transvaginal de dos días de evolución, sin referir dolor. En la exploración por especuloscopia se detecta escaso manchado transvaginal. Se realiza ultrasonido transvaginal encontrándose embarazo de 8.0 semanas de gestación, localizado en la cicatriz de cesárea previa, con actividad cardiaca fetal de 150 latidos por minuto. Posteriormente, se practicó una laparotomía, obteniendo el producto, sin presentar mayor complicación.

Discusión: el embarazo ectópico en cicatriz de cesárea es una implantación embrionaria muy infrecuente. El diagnóstico estará basado en el cuadro clínico y en los auxiliares de laboratorios y gabinete. Su tratamiento dependerá de los parámetros establecidos por las guías médicas, pueden ser médicos o quirúrgicos.

Palabras Claves: embarazo ectópico, embarazo en la cicatriz de cesárea previa.

Summary

Introduction: 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.

Case presentation: 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 speculscopy exploration**) without referring pain. Transvaginal ultrasound showed 8.0 weeks of gestation pregnancy, located in the previous cesarean scar, with a heartbeat of 150 beats per minute. Subsequently, a laparotomy was preformed obtaining the product without further complications.

Discussion: ectopic pregnancy in previous cesarean scar is a very rare embryonic implantation. The diagnostic approach is based **on** clinical symptoms and **diagnostic aids** as well as ultrasonography examination. Its treatment will depend on the parameters established by medical guidelines, whether is medical or surgical.

Key words: ectopic pregnancy, previous cesarean scar pregnancy

Introducción

El embarazo ectópico identificado por primera vez por Larsen y Salomon en 1978,¹ continúa siendo una urgencia que amenaza la vida de la mujer, así como su fertilidad. La literatura sitúa el embarazo ectópico tubárico como la localización más frecuente en un 97%, siendo la cicatriz por cesárea previa una localización infrecuente (<1%).² Por ende, raramente se reporta. **Su incidencia es de 1:1.800-1:2.216 embarazos, elevándose los últimos tiempos debido al aumento de cesáreas practicadas y diagnóstico oportuno.**³

El siguiente caso es presentado con el propósito de exponer las vías de diagnóstico y tratamiento, así como la discusión de las modalidades actuales. El mismo fue manejado por vía laparotómica interrumpiéndose el embarazo en cuanto se realizó el diagnóstico a las 9.1 semanas de gestación (sdg) por fecha de última menstruación (FUM).

Presentación del Caso

Se trata de una paciente de 28 años de edad, profesora de ocupación y de estado civil casada. Con antecedentes gineco-obstétricos de: Menarca a los 13 años, FUM: 06/06/05, dos embarazos, el primero obtenido por cesárea debido a una desproporción céfalo-pélvica, y el segundo, el que está en discusión. Cuenta con historia de cervicitis crónica tratada con óvulos de Ketanserina, Miconazol y Metronidazol, criocirugía, así como enfermedad inflamatoria pélvica tratada con Clindamicina. **Refiere no haber usado método anticonceptivo en los 2 últimos años.**

Acude al servicio de consulta externa del Hospital Santa Rosa de Lima por presentar manchado escaso transvaginal de dos días de evolución, sin referir dolor. A la exploración física se encuentra alerta, consciente, hemodinámicamente estable, sin otros datos patológicos aparentes. Al tacto vaginal se detecta cérvix cerrado, largo y posterior; a la especuloscopia se observa escaso manchado transvaginal.

Se realiza ultrasonido transvaginal de 6.5 MHz (Sonoace 8000 Live Prime, Medison) el día 09/08/05. En las figuras 1-4 se aprecia el embrión ubicado en la cicatriz de cesárea previa con

datos de 8.0 semanas de gestación por longitud cráneo cauda (1.59 cm) (margen de error normal con respecto a la fecha de última menstruación)⁴, acorde a la edad gestacional y presencia de actividad cardíaca embrionaria de 150 latidos por minuto. Se aprecia cavidad uterina con endometrio engrosado y vacío.



Figura 1: Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa



Figura 2: Embarazo de 9.1 sds por FUM



Figura 3: Embrión en cicatriz de cesárea



Figura 4: Istmo cervical

Al confirmar el diagnóstico de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa se procedió a practicar una laparotomía exploratoria haciendo corte por planos hasta llegar a la plica vesico-uterina la que se diseca con tijera Metzenbaum expulsándose de inmediato el producto de la concepción y sus anexos sin presentar sangrado de importancia. Se procede a revisar hemostasia y se realiza histerorrafia con dos puntos separados con crómico del 1, y se cierra el peritoneo visceral. Finalmente, se verifica hemostasia y se cierra por planos hasta piel.

La paciente cursa post operatorio sin complicaciones y es egresada a las 24 horas de la institución.

Discusión

Como ya mencionamos el embarazo ectópico en cicatriz de cesárea es una implantación embrionaria muy infrecuente, aunque ha aumentado debido a la utilización de nuevas técnicas de reproducción asistida con hiperestimulación ovárica controlada. La literatura muestra que la etiología de los embarazos ectópicos es multifactorial, entre ellos.⁵

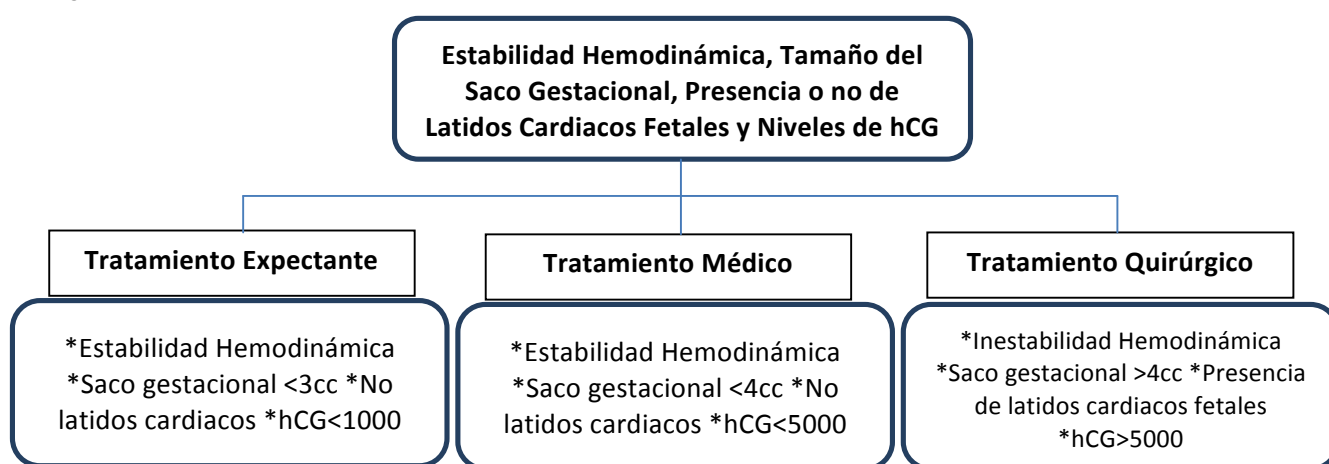
- Salpingitis
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria Recurrente
- Adherencias
- Antecedentes de cirugías tubáricas u otras (cesáreas)
- Endometriosis
- Medicamentos Hormonales
- Tabaquismo
- Desnutrición
- Técnicas de Reproducción Asistida
- Uso de anticonceptivos (Hormonales y DIU)
- Enfermedades de Transmisión Sexual
- Infertilidad
- Embarazo ectópico previo

El diagnóstico tiene dos fases: el cuadro clínico y los auxiliares de laboratorio y gabinete.

Clínicamente se reporta una triada clásica: amenorrea (promedio 7-9 semanas), dolor abdominal y masa pélvica. En los casos graves, se observa un desequilibrio hemodinámico manifestado por cuadro de choque y abdomen agudo. El diagnóstico diferencial se basa en otras patologías causantes de dolor abdominal agudo (apendicitis, quiste ovárico, amenaza de

aborto, entre otras.). Por otro lado, una biometría hemática, determinación de sub-unidad beta de gonadotropina coriónica y ultrasonido transvaginal son estándares para el diagnóstico, siendo aún, la laparoscopia como el estándar de oro para el diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico.⁶

Se muestra a continuación un cuadro sinóptico sobre el tratamiento médico-quirúrgico en embarazo ectópico.^{2,7} El mismo determina ciertas variables: la estabilidad hemodinámica, el tamaño del saco gestacional, la presencia o no de latido cardiaco fetal y los niveles de hormona gonadotropinacoriónica (hCG).



Criterios para el uso de Metrotexate.⁶

- Embarazos ectópicos no rotos con un **diámetro de saco** < 2 cm.
- No afectación del estado general, ni cuadro doloroso grave.
- **Dosis: Esquema 1 (Dosis única): Metrotexate 1 mg/kg de peso**
Esquema 2 (Dosis múltiple): Metrotexate 1 mg/kg y ácido fólico 0.1 mg/kg
- Evaluación seriada cada 48 horas de hCG en suero hasta obtener negativo

Contraindicaciones del Metrotexate.⁷

- Absolutas:
 - Embarazo intrauterino
 - Inmunodeficiencia
 - Anemia, leucopenia o trombocitopenia moderada a severa

- Hipersensibilidad
- Enfermedad pulmonar activa
- Enfermedad ulcero-péptica activa
- Disfunción hepática clínica
- Disfunción renal clínica
- Lactancia
- Relativas
 - Actividad cardíaca embrionaria detectada por ultrasonido transvaginal
 - Altos niveles de hCG (> 5000 mIU/mL)
 - Embarazo ectópico >4cm
 - Negación en aceptar transfusión sanguínea
 - Incapacidad para seguimiento

Quirúrgico:⁶

- Embarazo abdominal: laparotomía y extracción del feto. Si la placenta está implantada en órganos, se deja y se trata con Metrotexate (1-2 mg/kg de peso) post operatorio.
- Embarazo cervical: generalmente consiste en histerectomía abdominal. La detección temprana permite manejo conservador:
 - Legrado cervical.
 - Embolización arterial y ligadura bilateral de arterias hipogástricas.
 - Metrotexate por vía sistémica o local, con las condiciones antes mencionadas.
- Embarazo intersticial: resección cornual, histerectomía que puede ser por laparoscopia.
- Embarazo tubárico: laparoscopia o laparotomía ya sea conservador o radical.

En nuestro caso los criterios utilizados fueron sustentados por las semanas de gestación, la presencia de latidos cardíacos fetales y la localización del mismo, a pesar de que clínicamente la paciente estaba estable y sin dolor.

Conclusión

Generalmente la identificación de un embarazo ectópico se da hacia la quinceava semana de gestación cuando ya el embrión ha crecido,³ produciendo sintomatología importante. En este punto el manejo conservador puede ser desplazado por uno radical debido a lo avanzado del estado y alto riesgo de complicaciones irreversibles, aunque el manejo quirúrgico puede ser conservador. Por nuestra experiencia en la consulta esto puede ocurrir porque la mujer acude a control prenatal muy frecuentemente pasadas las seis o siete semanas de gestación o se realiza el primer ultrasonido después de este tiempo. Como método preventivo sugerimos realizar un ultrasonido transvaginal entre la sexta y séptima semana de gestación en mujeres con factores de riesgo para un embarazo ectópico o mujeres con antecedentes de uno, ya que el ultrasonido es el método diagnóstico 100% confirmativo.^{2,8} En esta edad gestacional se podrá observar un embrión de entre 5 y 10 mm, con actividad cardíaca.⁹

Poder definir la causa del embarazo ectópico es un reto para prevenirlo en el futuro, mas no una prioridad al momento de tratar un caso. La prioridad es conservar la fertilidad y reducir la morbi-mortalidad, recordando que toda mujer con antecedente de cesárea es susceptible a esta entidad.

Referencias

1. Sepulveda-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* Vol. 61 No. 1 • 2010 • (66-71)
2. Pérez Peña E. Atención Integral de la infertilidad. Endocrinología, cirugía y reproducción asistida. Embarazo ectópico. 3ra edición. Cap. 14. Editorial Médica Panamericana, 2011;pp:171-184.
3. ValderaSimbrón, C.J.; Fernández Alonso, A.M.; Fernández Soriano, M.A.; Fiol Ruiz, G. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea anterior: comunicación de un caso y revisión de la literatura. *ProgObstetGinecol*. 2011;54:320-4. Vol.54 núm 06
4. Laing F.C, Frates M.C. Evaluación ecográfica durante el primer trimestre de embarazo. En: *Ecografía en Obstetricia y Ginecología*. 4ta edición. Cap.5 Editorial Médica Panamericana, 2002;pp:121
5. Parrilla J.J, Delgado J.L, Abad L. Reproducción Humana. Embarazo ectópico. 2da edición. Cap. 27 Mc Graw Hill, 2002;pp:227-235
6. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimientos de ginecología y obstetricia. Embarazo ectópico. Tomo II. 2003;pp:83-84
7. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Medical Treatment of ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility* Vol. 90, Suppl 3, November 2008.
8. Doumerc S, Hervé F. Cuadernos de medicina reproductiva: Embarazo ectópico. Diagnostico ecográfico de los embarazos ectópicos. Vol.2 Num.1. Editorial Médica Panamericana, 1996;pp: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. *GinecolObstetMex* 2011,79(6):377-381.



Figura 1: Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa



Figura 2: Embarazo de 9.1 sdg por FUM



Figura 3: Embrión en cicatriz de cesárea



Figura 4: Istmo cervical