

EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA ANTERIOR REPORTE DE CASO

ECTOPIC PREGNANCY ON SCAR OF PREVIOUS CESAREAN OPERATION CASE REPORT

Ricardo Torrents¹, Hugo Fernández²

RESUMEN

El embarazo localizado en la zona de la cicatriz de una cesárea anterior es más agresivo que la placenta previa o el acretismo placentario porque invade tempranamente el miometrio durante el primer trimestre; es una forma rara de embarazo ectópico y constituye aproximadamente el 1% de este tipo de gestaciones. Amerita un alto índice de sospecha y un equipo de alta resolución ultrasonográfica para el diagnóstico; aún no existe consenso para su manejo. Se presenta el caso de una paciente embarazada, con antecedentes de dos cesáreas anteriores, en la que una ecografía transvaginal reportó saco gestacional localizado muy cerca de la zona cicatriz de cesárea y aumento de la vascularización parauterina. Se hizo diagnóstico de embarazo ectópico y el tratamiento requirió aspiración del saco gestacional bajo visión ecográfica transvaginal y aplicación de metotrexate. En el presente artículo se reporta el caso y se hace una revisión de la literatura.

Palabras clave: Embarazo ectópico, Cesárea, Gonadotropina coriónica.

ABSTRACT

Pregnancy located in the area of a scar of a previous cesarean operation is more aggressive than placenta praevia or Placenta accreta because it invades the myometrium earlier, during the first trimester; it's a strange form of ectopic pregnancy and it represents around 1% of those kind of gestation. It requires a high index of suspicion and a high-resolution ultrasound for diagnosis, still no consensus for management. We report the case of a pregnant patient with a history of two previous cesarean operations, which reported transvaginal ultrasound gestational sac located very close to the cesarean section and increased parauterine vascularity. Diagnosis of ectopic pregnancy was made and the treatment required gestational sac aspiration under transvaginal ultrasound guidance and the application of methotrexate. This article reports the case and makes a review of the literature.

Keywords: Ectopic pregnancy, Caesarea, Chorionic gonadotropin.

Recibido: Julio 30 de 2012

Aceptado: Octubre 31 de 2012

-
- 1 Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor de Postgrado de Ginecología y Obstetricia Universidad Libre. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Clínica General del Norte, Barranquilla. ricardotorrenst@hotmail.com
 - 2 Residente de Ginecología y Obstetricia. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad Libre, Barranquilla.

INTRODUCCIÓN

La implantación de un embarazo en la cicatriz de una cesárea anterior es considerada una forma rara de embarazo ectópico y constituye aproximadamente el 1% de las gestaciones ectópicas (1) (2). Un embarazo que se localiza en la zona de la cicatriz de una cesárea es incluso más agresivo que la placenta previa o acretismo placentario porque invade tempranamente el miometrio durante el primer trimestre (1), sin embargo la complicación más importante de la implantación ectópica en la cicatriz de una cesárea es una placenta anormalmente adherida que puede conducir a una hemorragia severa que amenace con la vida de la paciente y requeriría una histerectomía de emergencia (2). La incidencia de embarazo ectópico en la cicatriz de una cesárea se ha incrementado en los últimos años (1) (2), debido al aumento en las tasas de cesáreas en el mundo y a una mejoría en la resolución de las imágenes diagnósticas (3). El diagnóstico debe basarse en la historia de una paciente embarazada y sus manifestaciones clínicas (1), donde un ligero sangrado vaginal es el primer síntoma en el 39%, un 16% se acompaña de dolor leve a moderado y un 9% solamente presentan dolor abdominal y asintomática en un 39% (4, 5). Sin embargo las investigaciones más importantes se basan en el diagnóstico ultrasonográfico y en la utilización del doppler (1), siendo la herramienta de primera línea para el embarazo en cicatriz de cesárea previa (4, 5). Los resultados van a depender por lo tanto de un diagnóstico temprano y de una intervención oportuna (6).

Se han propuesto criterios ecográficos para el diagnóstico del embarazo ectópico en cicatriz de cesárea anterior como son:

- Cuidad uterina vacía sin contacto con el saco.
- Canal cervical vacío sin contacto con el saco.
- Presencia de un saco gestacional con o sin polo

fetal, con o sin presencia de embriocardia, en la parte anterior del istmo (4).

- El doppler muestra la circulación peritrofoblástica alrededor del saco gestacional y ayuda a delimitar, la localización de la placenta en relación con la cicatriz y la proximidad a la vejiga (4).

Los resultados van a depender de un diagnóstico temprano (6), y de una intervención oportuna (6).

CASO CLÍNICO

Paciente de 31 años, G₃C₂V₂, grupo sanguíneo B positivo, menarca a los 13 años; ciclos 30/3, anticoncepción suspendida hace 8 meses, inicio de vida sexual 18 años, inicio de vida obstétrica 19 años, con falla menstrual, gravindex en sangre positivo y niveles de B-hCG 2060mU/ml (Fracción beta de la hormona gonadotropina coriónica), se realizó ecografía transvaginal la cual reporta: Imagen ecolúcida que corresponde a un saco gestacional, que se localiza en el tercio inferior de la cavidad uterina muy cerca de la zona de la cicatriz de la cesárea que impresiona ecográficamente como un saco abortivo vs un embarazo ectópico en zona de cicatriz de cesárea. También se observó un aumento de la vascularización parauterina derecha e izquierda, observándose vasos dilatados y tortuosos sugestivos de várices pélvicas.

Se inicia tratamiento médico del embarazo ectópico con metotrexate (1mg/kg de peso) vía IM por dos dosis. Ante la persistencia de niveles altos de B-hCG, de un aumento del tamaño del saco gestacional y presencia de botón embrionario con actividad cardíaca positiva (Figura 1). Se realiza aspiración del saco gestacional bajo visión ecográfica transvaginal y aplicación de metotrexate (50mg) en el interior del saco, consiguiendo muerte del embrión y desaparición del saco a las 24 horas.

Figura 1. Registro ecográfico. Se observa botón embrionario que mostró actividad cardiaca positiva



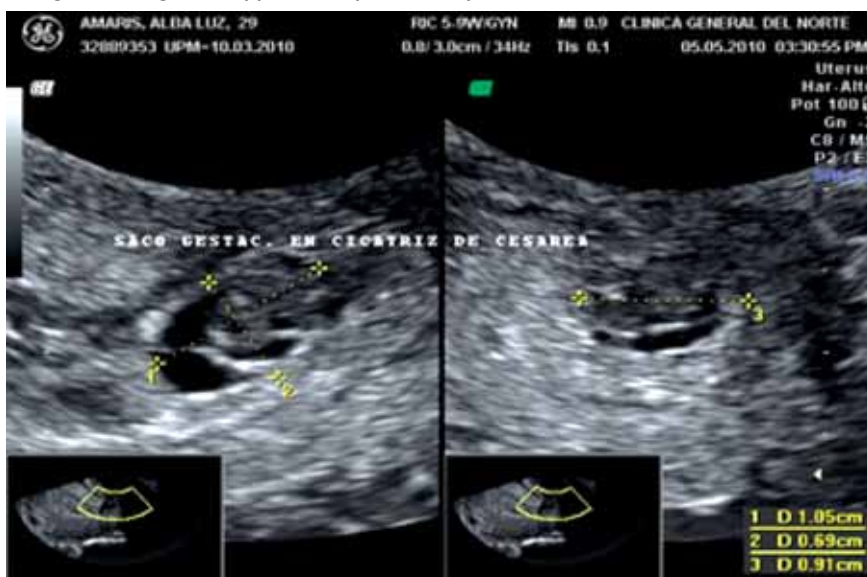
Fuente: Archivo clínico

Se realiza control ecográfico a las 24 horas postpunción observándose saco gestacional colapsado con ecos desestructurados en su interior, sin evidencia de embriocardia y escasa reacción decidual. Al examen dúplex doppler color se visualizó escaso patrón vascular con flujos de alta resistencia (Figura 2). Se comprobó una disminución de los niveles de B-hCG en un 31% y fue dada de alta con ácido fólico y con controles de B-hCG que a los 14 días post punción era de 508 mUI/ml y que se negativizó cuatro semanas después.

DISCUSIÓN

El principal objetivo en el manejo del embarazo ectópico en la zona de la cicatriz de una cesárea, debe ser un diagnóstico temprano y preciso para poder prevenir una pérdida sanguínea severa y que podamos preservar la fertilidad (6). En el manejo de este tipo de embarazo ectópico aún no existe un consenso (7), se han reportado: Manejo expectante; manejo médico, local o sistémico con metotrexate; manejo quirúrgico, embolización selectiva de las

Figura 2. Ecografía doppler color posterior a punción. Sin evidencia de embriocardia



Fuente: Archivo clínico

arterias uterinas en combinación con dilatación y curetaje (7), aplicación de metotrexate (8) o combinaciones de todos estos (6, 7). En nuestro caso, a pesar del manejo médico inicial, y ante la aparición de latido cardíaco fue necesaria la aspiración y aplicación de metotrexate en el interior del saco, es importante conocer que el riesgo de tejido trofoblástico persistente y viable en el tratamiento tanto conservador como médico se encuentra alrededor de un 2-11% (5), por lo tanto la ultrasonografía transvaginal combinada con el doppler y los niveles de B-hCG constituyen una herramienta bastante fiable para el diagnóstico (4) y su seguimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Herman A. Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. *Human Reproduction Update*. 2004; 10(6):515-23.
2. He M, Chen MH, Xie HZ, Yao SZ, Zhu B, Feng LP, et al. Transvaginal removal of ectopic pregnancy tissue and repair of uterine defect for caesarean scar pregnancy. *BJOG*. 2011; 118:1136-9.
3. Ben Nagi J, Helmy S, Ofili-Yebovi D, Yazbek J, Sawyer E, Jurkovic D. Reproductive outcomes of women with a previous history of Caesarean scar ectopic pregnancies. *Human Reproduction*. 2007; 22(7):2012-15.
4. Sugawara J, Senoo M, Chikara H, Yaegashi N, Okamura K. Successful conservative treatment of a Cesarean scar pregnancy with uterine artery embolization. *Tohoku J. Exp. Med*. 2005; 206:261-5.
5. Ruiz AI, Rodríguez LM. Embarazo ectópico. En: Parra M O, Müller E, editores. *Obstetricia integral siglo XXI*. Tomo II. Bogotá; 2010.
6. Bignardi T, Condous G. Transrectal ultrasound-guided surgical evacuation of Cesarean scar ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2010; 35:481-5.
7. Tan G, Chong YS, Biswas A. Caesarean Scar Pregnancy: A Diagnosis to Consider Carefully in Patients with Risk Factors. *Ann Acad Med Singapore*. 2005; 34:216-19.
8. Deb S, Clewes J, Hewer C, Raine-fenning N. The management of Cesarean scar ectopic pregnancy following treatment with methotrexate – a clinical challenge. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2007; 30:889-92.