

# Tratamiento conservador del embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa: reporte de un caso clínico

Conservative treatment of the ectopic cesarean scar pregnancy: report of a clinical case

Freddy Maita Q.<sup>1,a</sup>, Erwin Hochstatter A.<sup>1,b</sup>, Gaby Céspedes D.<sup>1</sup>, Luis Muñoz G.<sup>2</sup>, Danitza Gandarillas T.<sup>c</sup>

## Resumen

El embarazo localizado dentro de una cicatriz de cesárea previa es el menos frecuente de los embarazos ectópicos y no existe un tratamiento estándar. Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 33 años de edad, que ingresó por el servicio de emergencias de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obrero No 2, con reporte ecográfico de embarazo de 6,3 semanas, a nivel de cicatriz de cesárea previa, con embrión único con actividad cardiaca; por la solicitud de la paciente de preservar la fertilidad se le ofreció tratamiento médico con metotrexato.

**Palabras claves:** embarazo ectópico, cicatriz de cesárea previa.

## Abstract

The pregnancy located within the previous cesarean section scar is the less frequent of the ectopics pregnancies and a standard treatment doesn't exist. We present the case of a 33 year-old female patient admitted by the Servicio de Emergencias de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obrero No 2, with ultrasonography report of pregnancy of 6,3 weeks, and ectopic cesarean scar pregnancy, with single embryo with heart activity; By the request of the patient to preserve fertility were offered treatment medical with metotrexato.

**Keywords:** ectopic pregnancy, previous cesarean scar.

El embarazo ectópico tiene como la localización más frecuente la trompa uterina, hasta en un 95%; un pequeño porcentaje, menor al 2%, se localiza dentro de una cicatriz de cesárea previa, un tipo raro de embarazo ectópico cuyo diagnóstico se realiza generalmente entre las 5 y las 12 semanas de amenorrea<sup>1,2,11</sup>.

Muy pocos de los casos registrados en la literatura médica sobrepasan el primer trimestre, y si lo hacen, están relacionados con un importante riesgo de rotura uterina y hemorragia masiva que termina en histerectomía<sup>1,11</sup>. Como resultado, esto inevitablemente conduce a la pérdida de la fertilidad del paciente y efectos a largo plazo significativos sobre su salud y calidad de vida. El embrión y su envoltura penetra en el miometrio a través de un defecto en la cicatriz de la sección de cesárea, el saco gestacional queda completamente incrustado en el miometrio que se adelgaza o desaparece, entre la vejiga y el saco debido a la distensión del saco. Los criterios ecográficos utilizados para su diagnóstico son: un útero vacío, un canal cervical vacío, el desarrollo del saco en la parte anterior del segmento uterino inferior y la ausencia de miometrio sano entre la pared vesical y el saco gestacional. Los tratamientos actuales no invasivos o mínimamente invasivos, incluyen las inyecciones de metotrexate o de cloruro potásico

dirigidas por ecografía, o el metotrexate intramuscular<sup>10,11</sup>. Las pacientes con embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa tienen elevado riesgo de presentar complicaciones tales como placenta ácreta, perforación y hemorragia uterina e incluso la muerte materna<sup>1,2</sup>. La adherencia e invasión del trofoblasto aumenta cuando la escasa decidualización del segmento uterino distal es alterada por una disrupción miometrial previa.<sup>6,7</sup> La implantación del embarazo dentro de la cicatriz de la cesárea previa es distinta a un embarazo intrauterino con placenta ácreta, la implantación dentro de la cicatriz de cesárea es una gestación completamente rodeada por miometrio y por tejido fibroso de la cicatriz y separado de la cavidad endometrial. La causa y la patogenia de esta patología no están aún bien comprendidas.<sup>1,3,11</sup> Dado la baja frecuencia, no existe consenso en cuanto al tratamiento; cuando está justificado el manejo conservador, se utiliza medicamentos tales como metotrexato y cloruro de potasio (KCl) para feticidio y provocar el aborto<sup>5,11</sup>.

El objetivo de la presente comunicación es presentar y analizar el caso clínico de una paciente con embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa con tratamiento médico para mantener fertilidad a la paciente.

## Presentación del caso

Paciente de 33 años, con antecedente de cesárea previa, 10 meses antes acudió a emergencias de Ginecología y Obstetricia del Hospital Obrero N°2 por embarazo temprano y sangrado genital. El estudio ecográfico de urgencia realizado evidenció un útero con cavidad vacía, con embarazo de 6,3 semanas con saco a nivel ístmico-cervical (cicatriz de cesárea previa) con embrión de 3,3 mm con actividad cardiaca. Al examen físico mostraba buen estado general, leve sensibilidad

<sup>1</sup>Ginecólogo Obstetra, Hospital Obrero N°2 CNS, Cochabamba-Bolivia.

<sup>2</sup>Oncólogo clínico, Hospital Obrero N°2, Cochabamba-Bolivia.

<sup>a</sup>Unidad de Ultrasonografía en Ginecología y Obstetricia, Pediatría y Medicina fetal, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Obrero N°2, Cochabamba-Bolivia; <sup>b</sup>Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Obrero N°2, Cochabamba-Bolivia;

<sup>c</sup>Residente de Imagenología, Hospital Obrero N°2, Cochabamba-Bolivia.

\*Correspondencia a: Freddy Maita Q.

Correo electrónico: freddymaita@hotmail.com

Recibido el 8 de febrero de 2017. Aceptado el 8 de mayo de 2017.

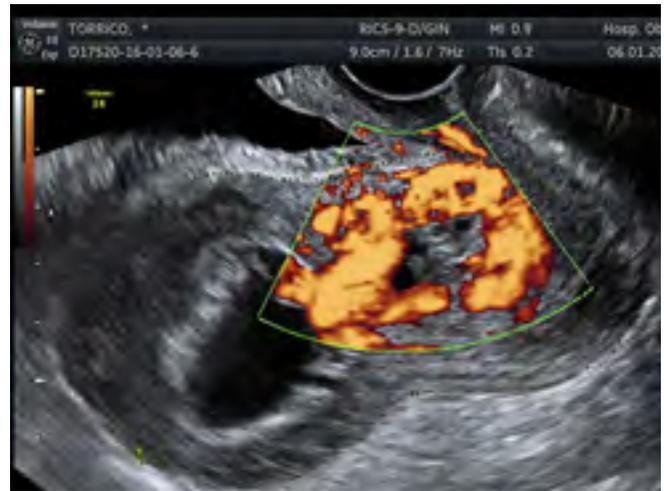


**Figura 1.** Estudio Inicial: embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa con embrión y vesícula vitelina.

en hemiabdomen inferior; el examen especular mostró un cérvix posterior cerrado, con escaso sangrado achocolatado no activo. Al tacto vaginal un cuello largo cerrado. Se internó con los diagnósticos de: embarazo de 6,3 semanas, Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa. (Figura 1)

Ante el pedido de la paciente de deseo de conservar la fertilidad, se realizó una junta médica donde se planteó tratamiento conservador farmacológico, considerándose que reunía los requisitos: embarazo menor a 8 semanas, no complicado, B-hCG de 431,8 U/L (menor a 5 000 mUI/ml). Previo consentimiento informado, se inició metotrexate esquema de dosis múltiple (5 dosis) más leucovorina parenterales debido a la presencia de actividad cardiaca en el embrión.

Bajo estricta vigilancia del hemograma, función renal y hepática durante el tratamiento, una vez terminado el ciclo



**Figura 2.** Una semana después del primer ciclo de metotrexato, se observa aumento del volumen de la masa con vascularización aumentada.

de metotrexato más leucovorina, se realizó un nuevo estudio ecográfico que mostró al embrión ya sin latido cardiaco y leve sangrado en cavidad uterina; el corion de envoltura del saco subjetivamente había crecido un poco y su vascularización se mantenía aumentada; sin embargo, se consideró como secundario a los fenómenos inflamatorios propios del tratamiento (Figura 2). Se dio alta para control por consulta externa.

A las 2 semanas de terminado el ciclo de metotrexato, el análisis sérico de B-hCG resultó francamente aumentado (5554,1 U/L), el estudio ecográfico mostró al embarazo ectópico, ya conocido, en cicatriz de cesárea previa amorfo, aumentado de tamaño respecto a estudio previo, con escasa vascularización por Doppler color, de aproximadamente 60 cc de volumen (Figura 3), que motivó una segunda internación. Durante esta, se realizó una nueva junta médica



**Figura 3.** A dos semanas del primer ciclo de metotrexato se aprecia un aumento de volumen del embarazo ectópico.



**Figura 4.** mayor aumento de volumen con una cavitación central, descrita como saco, 2 semanas después del 2o ciclo de metotrexato.



**Figura 5.** A 3 meses del diagnóstico inicial, el embarazo ectópico ya casi ha desaparecido



**Figura 6.** Útero normal al cuarto mes del diagnóstico inicial

que recomendó nuevamente realizar tratamiento quirúrgico; ante el nuevo rechazo por la paciente se inició un nuevo ciclo de metotrexate (3 dosis) más leucovorina.

El estricto seguimiento clínico y de laboratorio no mostró alteraciones importantes; hubo una disminución importante y gradual de B-hCG. Es dada de alta a la semana, a los 5 días, la B-hCG de consulta externa fue de 841 U/L.

A las 2 semanas del segundo ciclo de metotrexate (a 1 mes de la primera internación), la paciente presentó un sangrado genital continuo en moderada cantidad, que motivó ser internada por tercera vez, acompañado de debilidad general y lipotimia. Se vuelve a solicitar laboratorios y ecografía, este último informó: embarazo ectópico amorfo de mayor tamaño que en estudio previo, con una cavitación central, para un volumen de 83 cc. (Figura 4) sin captación señal Doppler color; esto fue considerado como secundario a edema y necrosis con franco descenso de la B-hCG.

El sangrado genital cedió espontáneamente, la anemia resultó ser moderada (hemoglobina 9 g/dl) de tipo regenerativo que fue tratado con hierro oral; la B-hCG descendió a 348 U/L, negativizándose a la semana de la última internación; a esta altura el volumen del embarazo ectópico disminuyó a 64 cc., dándose el alta por evolución favorable.

A tres meses del diagnóstico inicial, lo que se objetivo por ecografía transvaginal de control fue una pequeña masa avascular (embarazo ectópico) de 2 cc de volumen, en paciente asintomática (Figura 5).

A cuatro meses del primer diagnóstico, se realizó un nuevo control ecográfico transvaginal que encontró útero en AVF de forma y tamaño conservado, ecoestructura de miometrio homogéneo, sin lesiones focales, con endometrio de 7 mm (Figura 6). La paciente ya había reiniciado su ciclo menstrual unas semanas antes.

## Discusión

El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea aunque es una implantación embrionaria excepcional, últimamente se ha incrementado como consecuencia del aumento de

la tasa de cesáreas<sup>11</sup>. La ruptura y hemorragia de la cicatriz uterina, que puede ocurrir ya en el primer trimestre, impide la continuación del embarazo con alto riesgo de morbilidad materna incluso la muerte, con necesidad de histerectomía para evitarlo<sup>1-5,11</sup>. Como resultado, esto inevitablemente conduce a la pérdida de la fertilidad del paciente y efectos a largo plazo significativos sobre su salud y calidad de vida. En nuestro servicio, es el primer caso de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa a la que se le dio la oportunidad de recibir un tratamiento conservador con metotretate por el deseo conservar la fertilidad, además de cumplir los requisitos para ello.

De acuerdo a la bibliografía revisada, aunque existe una baja frecuencia de este tipo de embarazo ectópico, la tendencia es al aumento debido al aumento de la tasa de cesáreas. No existen guías universales de tratamiento y consenso en cuanto al tratamiento de elección; en reportes de casos de manejo médico está descrito el metotrexato tanto a nivel sistémico como local, así mismo está el uso de KCl y solución glucosada hiperosmolar. En cuanto al manejo quirúrgico, los reportes concuerdan en que está contraindicado el legrado uterino debido a que el tejido trofoblástico se encuentra fuera de la cavidad uterina expuesta y puede llevar a potencial ruptura de la cicatriz uterina y disrupción miometrial con hemorragia severa por lo que en pacientes con paridad satisfecha está indicada la histerectomía con saco "in situ"<sup>1-3,5,7</sup>. En el manejo quirúrgico esta descrito también la resección en cuña de la cicatriz por laparoscopia o laparotomía, experiencia que no hemos tenido en nuestro servicio<sup>11</sup>.

En nuestro caso, ante el deseo de la paciente de conservar la fertilidad, más el cumplimiento de criterios para el tratamiento médico como solicitud escrita, consentimiento informado, los criterios diagnósticos ecográficos que son: 1) cavidad uterina vacía sin entrar en contacto con el saco, 2) canal cervical vacío, 3) saco gestacional localizado en cicatriz de cesárea previa, con embrión con o sin actividad cardiaca, 4) flujo miometral aumentado en el sitio de implantación del corion frondoso del saco, 5) ausencia o defecto de miometrio

que cubre el saco, es que se propuso el tratamiento médico con metotrexate, esquema de múltiple dosis asociado a leucovorina, que al final mostró un resultado favorable para conservar el útero de la paciente.

### Conclusión

El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa, es una implantación embrionaria muy infrecuente. El diagnóstico estará basado primordialmente en la ecografía transvaginal, el cuadro clínico y en los exámenes auxiliares de laboratorios<sup>1-3,6,8,10</sup>. Su tratamiento no se encuentra normado

y está basado en las características de la paciente, sus pretensiones reproductivas, el cuadro clínico y tomando en cuenta las posibles complicaciones que podrían presentarse. Un estricto control y vigilancia de la clínica y control de la curva de B-hCG se ha mostrado más sensible para marcar la involución del embarazo que la ecografía, pues este último mostró un aumento inicial del volumen del embarazo ectópico, presumiblemente debido al edema postnecrótico. La mantención del flujo aumentado dentro de la masa amorfa del embarazo ectópico mostró ser buen predictor de no involución, que será tomado en cuenta en posteriores casos.

### Referencias bibliográficas

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. Valdera Simbrón, 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. *Prog Obstet Ginecol.* 2011; 54:320-4. Vol.54 núm 06
3. Perales-Puchalt, V.J. Diago, A. Plana, A. Perales-Marín Embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea previa. *Caso clínico. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, Volume 38, Issue 2, Pages 65-67.
4. M. Ferrando Serrano, M. Romeu Villarroya, F.J. Valero Domínguez, M. Jordá Cuevas, A. Perales Marín.- Embarazo ectópico ovárico: a propósito de un caso. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, Volume 35, Issue 5, Pages 187-189
5. Embarazo ectópico tubárico: resultados del tratamiento médico con metotrexato. AJ Rodríguez-Oliver, J Fernández-Parra... - *Clínica e Investigación ...*, 2004 - Elsevier.
6. [www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/goml46i.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2014/goml46i.pdf) de M Mateo-Madrigal - 2014 Implantación embrionaria en cicatriz de cesárea
7. [vufind.uniovi.es/Record/oai:doaj.org/article.../Details](http://vufind.uniovi.es/Record/oai:doaj.org/article.../Details). Embarazo ectópico ístmico-cervical en cicatriz de cesárea
8. Bajo Arenas. *Ultrasonografía Ginecológica y Obstétrica*. Ediciones Marban.2000:1-31 y 293-335.
9. Rumack W. *Ecografía obstétrica y fetal*. Ediciones Marban. 1998: 1-8
10. Callen. *Ecografía en obstetricia y ginecología*. Quinta edición ELSEVIER 2009:1020-2047
11. Maita Freddy, Hochstatter Erwin, et al (2015). Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea previa. *Gaceta Médica Boliviana*, 38 (2), 70-72.