

Rojas-Cárdenas, Jaime Celiano; Duarte, Pablo César  
EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA. REPORTE DE CASO  
Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol. 58, núm. 1, 2007, pp. 65-69  
Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214321010>



## EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA. REPORTE DE CASO

*Ectopic pregnancy in caesarian scar. A case report.*

*Jaime Celiano Rojas-Cárdenas, M.D.\*, Pablo César Duarte, M.D.\*\**

Recibido: junio 20/06 - Revisado: noviembre 27/06 - Aceptado: febrero 9/07

### RESUMEN

Presentamos un caso que se reporta en la literatura médica como embarazo ectópico en cicatriz de cesárea. Esta paciente consultó por sangrado vaginal y hematuria asociados a embarazo de 12 semanas; la ecografía reportó pérdida de la relación placentomiometrio en pared ístmica anterior. El manejo se hizo mediante una histerectomía abdominal. El abordaje actual más aceptado es conservador, sin embargo unas guías de tratamiento universal no han podido ser establecidas.

**Palabras clave:** embarazo ectópico, cicatriz, cesárea, Colombia, hemorragia del primer trimestre del embarazo.

### SUMMARY

This article presents a case which is known in the medical literature as ectopic pregnancy in caesarian section scar. This patient came to the hospital presenting vaginal bleeding and haematuria-associated 12-week pregnancy. The ultrasound report revealed a loss of relationship between the placenta

and myometrium in the anterior isthmic wall. This patient was treated by giving her an abdominal hysterectomy. Currently accepted management is conservative; however, universal treatment guidelines have not been established as yet.

**Key words:** ectopic pregnancy, caesarian section scar, Colombia, third pregnancy trimester hemorrhage.

### INTRODUCCIÓN

Este artículo busca describir un caso de escasa incidencia en nuestra práctica clínica pero que puede ser mortal si no es diagnosticado en el momento adecuado. Describimos el tratamiento realizado en este caso y revisamos los publicados en la literatura.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 32 años, gestaciones: 4, partos: 2, abortos: 1, con ambos partos atendidos por cesárea y 2 hijos vivos, con fecha de última menstruación 12 de noviembre del 2005, cursando con embarazo de 12 semanas, quien consultó el 12 de febrero del 2006 por sangrado vaginal moderado de una hora de evolución asociado a dolor hipogástrico tipo cólico. En la revisión por sistemas refería hematuria, polaquiuria, disuria, pujo y tenesmo vesical de cuatro días de evolución.

\* Ginecoobstetra; instructor Facultad de Medicina Universidad del Rosario; coordinador de la Unidad de Ecografía, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C. Carrera 8° N° 17-45 sur. Cuarto piso. Correo electrónico: jaceroca@yahoo.com

\*\* Residente de primer año en Ginecología y Obstetricia, Universidad del Rosario.

Al examen de ingreso, tensión arterial: 130/70, frecuencia cardíaca: 82 latidos por minuto, abdomen con leve dolor a la palpación de hipogastrio, sin irritación peritoneal. En el examen vaginal se encontró un cuello uterino posterior, largo, cerrado, útero en anteversoflexión aumentado de tamaño y ausencia de sangrado genital. Se realizó un examen ecográfico que evidenció actividad cardíaca y movimientos del embrión.

Durante la toma de parcial de orina, la paciente presenta hematuria macroscópica con coágulos. Se le realizó una ecografía transvaginal (**figuras 1 y 2**) que informó la presencia de un saco gestacional a 30 mm del orificio cervical externo dentro de la pared ístmica anterior. En su interior se apreció un embrión de 53 mm de longitud craneo nalga, con actividad cardíaca de 170 latidos por minuto; placenta de ubicación anterior con pérdida de la línea hipoeocoica entre placenta y miometrio a nivel ístmico.

Se practicó examen Doppler color, que mostró congestión de vasos que penetran la pared posterior de la vejiga y dentro de esta se observó un coágulo flotante; no se aprecia líquido libre en los fondos de saco. Con estos hallazgos se realizó diagnóstico de embarazo de 12 semanas con placenta percreta. Se hizo una cistoscopia, la cual evidenció una lesión levantada, irregular, en pared posterior de vejiga, con diámetro de 2 x 2 cm, además de un coágulo de 4 cm.

Previa junta quirúrgica en conjunto con el servicio de urología y catalogando el caso como un embarazo ectópico en cicatriz de cesárea anterior, a la paciente le fue practicada laparotomía, en la que se encontró un embarazo en la cicatriz uterina segmentaria, con cavidad uterina vacía y vejiga urinaria adherida en su pared posterior con infiltración vascular de aproximadamente 3 cm de diámetro.

Se realizó cistoscopia con cateterización de uréteres, ligadura de arterias hipogástricas, histerectomía en bloque y cierre de defecto de pared vesical posterior. La paciente evolucionó favorablemente y no requirió ningún otro tratamiento. El informe de patología reporta útero desprovisto de anexos que pesa 200 g y mide 11 x 5,5 x 4 cm; la serosa



**Figura 1.** En esta foto de la ecografía se ve claramente el saco gestacional a la altura del istmo y la cavidad endometrial vacía por encima. (Las rayas sobre el borde uterino anterior se deben a arrugas del papel fotográfico).

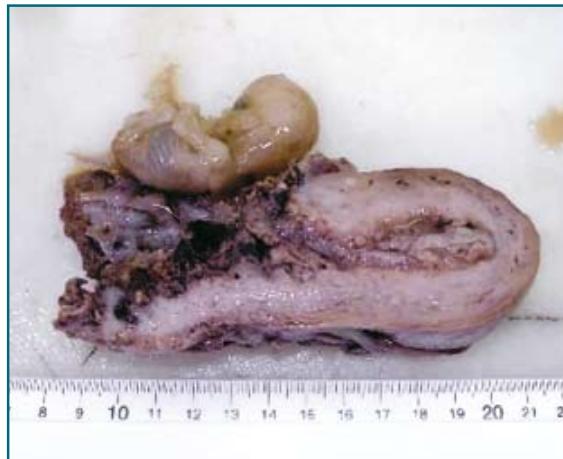


**Figura 2.** Vista de la cavidad endometrial vacía, por encima del saco gestacional.

presenta en su cara anterior y ocupando el 50% del espécimen tejido esponjoso placentario en el que se aprecian membranas amnióticas blanquecinas.

No se reconoce cuello uterino; al corte se aprecia cavidad ocupada por material del mismo aspecto que perfora la pared y continúa con el descrito en la superficie. La pared posterior está comprometida en el 50% de su espesor. Además se recibe feto de sexo masculino que pesa 20 g y mide 6 cm de longitud. No presenta externamente malformaciones aparentes. Diagnóstican útero de

histerectomía total, placenta acreta (percreta), embarazo ectópico ístmico con perforación de la pared, saco gestacional y feto en cara anterior (viables histológicamente) (**figura 3**).



**Figura 3.** (foto cortesía del Departamento de Patología del Hospital Universitario Clínica Sn Rafael). Pieza de patología del caso. Nótese que la pared uterina anterior no existe.

## DISCUSIÓN

El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea se define como un embarazo incluido en el miometrio de la cicatriz de una cesárea previa.<sup>1</sup> El primer caso descrito en la literatura médica fue en 1978, por Larsen y Solomon, el cual fue manejado con histerectomía.<sup>2</sup> El embarazo en la cicatriz de cesárea es un tipo de embarazo ectópico raro, del cual se han reportado en la literatura inglesa 112 casos hasta agosto de 2005.<sup>1-5</sup>

En el Memorial Hospital de Taipei (Taiwán), en seis años se diagnosticaron 642 pacientes con embarazos ectópicos, de los cuales 12 tuvieron ectópico en la cicatriz de la cesárea (1,9%), que fueron tratados de diversa manera. La incidencia de embarazo en cicatriz de cesárea en mujeres con una cesárea previa fue del 0,15% (12/7.980) y en mujeres con una cesárea anterior y antecedente de embarazo ectópico la incidencia fue 6,1% (12/198).<sup>1</sup>

En la literatura médica colombiana y latinoamericana buscamos en la Biblioteca Virtual de la Salud, que incluye las redes SciELO y ScienTI, con

los términos “embarazo y cesárea anterior”, “embarazo ectópico”, “embarazo ectópico y cesárea”, “embarazo y cesárea repetida” y “metotrexate y embarazo”, sin lograr encontrar ningún reporte de caso de esta patología.

El diagnóstico con ultrasonido del embarazo implantado en la cicatriz de cesárea fue descrito recientemente y requiere los siguientes criterios: 1. Útero vacío con endometrio claramente visualizado. 2. Canal cervical vacío sin saco gestacional que lo ocupe o que abombe hacia este. 3. Saco gestacional con signo del doble anillo en la parte anterior de la porción ístmica del útero. 4. Saco gestacional con o sin actividad cardíaca, incluido en y rodeado por miometrio y separado de la cavidad endometrial.<sup>1,6-8</sup>

Además la ecografía Doppler es una herramienta útil porque ayuda a la visualización de trofoblasto, localizado entre la vejiga y la pared uterina anterior, mostrando un flujo peritrofoblástico con alta velocidad y baja impedancia.<sup>5-8</sup> El examen ultrasónico transvaginal fue la modalidad usada en todos los casos publicados a excepción del primer caso publicado por Larsen y Solomon. La sensibilidad fue del 84,6%.<sup>8</sup>

Para evitar la confusión con un saco gestacional abortándose o una implantación cervicoístmica, Jurkovich et al.<sup>9</sup> reiteran la importancia de la ausencia de miometrio sano entre la vejiga y el saco gestacional y añade los siguientes criterios: en la imagen de ecografía Doppler el saco está bien perfundido en contraste con la apariencia avascular de un saco abortándose y el no desplazamiento del saco de su posición a nivel del orificio interno cuando una leve presión es aplicada con el transductor endovaginal.

Dentro del manejo del embarazo ectópico en cicatriz de cesárea, se han utilizado una gran variedad de intervenciones como utilización de metotrexate, cloruro de potasio, resección laparoscópica y laparotomía; esto depende del estado clínico, la edad gestacional, el parámetro de la neovascularización uteroplacentaria y la preferencia de la paciente.<sup>10,11</sup>

En el mencionado estudio de Taipei, 7 casos fueron manejados con inyección de metotrexate en el saco gestacional guiados por ecografía transabdominal o transvaginal con previa aspiración del tejido gestacional. En 2 casos complementaron con metotrexate sistémico y en otros 2 casos manejaron las pacientes con solo metotrexate sistémico.

En 1 caso hicieron resección en cuña y en 2 practicaron dilatación y curetaje por error en diagnóstico preoperatorio, realizando histerectomía en un caso y taponamiento cervical con un balón de sonda de Foley en el otro. Ellos encontraron que la inyección de metotrexate guiada por ultrasonido es el tratamiento de elección en el embarazo ectópico en cicatriz de cesárea.<sup>1</sup>

En otro estudio, el tratamiento por medio de la aspiración transvaginal del embrión con aguja fue descrito en 2 casos, el cual consiste en la inyección de metotrexate usando agujas 16 gauge especiales para este procedimiento, las cuales tienen dos lúmenes, uno para la aspiración y otro para la instilación del metotrexate. El objetivo de la administración de este medicamento es el de eliminar los residuos del trofoblasto y del saco, los cuales se pueden observar durante dos meses por ultrasonido.<sup>12</sup>

También ha sido utilizado el curetaje guiado por ultrasonido, seguido de la inserción de una sonda Foley para taponar y disminuir el sangrado. 3 de 8 pacientes tuvieron hemorragia entre 500 y 1.000 cc durante este procedimiento, por lo cual la sonda se mantuvo entre 12 a 24 horas después.<sup>4</sup> La escisión laparoscópica de la masa y posterior del sitio fue otro procedimiento utilizado en 4 casos. Lo interesante de este tipo de manejo es que podemos visualizar el embarazo ectópico, permitiendo la inmediata intervención con electrocauterización, ligadura bilateral de las uterinas o histerectomía.<sup>4</sup> Otro procedimiento útil es la histeroscopia, con la cual podemos realizar un diagnóstico por observación del lugar de implantación del saco, realizar posteriormente el desprendimiento de este del útero y permitir la coagulación directa de los vasos sanguíneos.<sup>4</sup>

Dentro de estos tratamientos conservadores también se está utilizando la embolización de la arteria uterina, la cual se caracteriza por la oclusión con partículas absorbibles de Gelfoam y adicionalmente aplicación de microesferas de un polímero acrílico impregnadas con gelatina porcina no absorbible para completar la desvascularización.<sup>10</sup> También se ha utilizado la instilación de cloruro de potasio tanto como la de metotrexate dentro del saco gestacional.<sup>4</sup>

En el Hospital de Taipei, se les realizó seguimiento a 14 pacientes, de las cuales 7 se embarazaron después de tratamiento conservador con metotrexate local; los resultados mostraron: 1 paciente que presentó ruptura uterina a las 38 semanas; 2 que tuvieron acretismo y se les realizó cesárea a las 32 semanas, con posterior histerectomía; a las restantes 4 pacientes se les practicó cesárea a las 36 semanas. Por lo anterior, se concluyó que sí son probables los embarazos a término a pesar del tratamiento conservador del embarazo ectópico de la cicatriz de la cesárea.<sup>10</sup>

## CONCLUSIONES

La ultrasonografía y el Doppler color son las herramientas más útiles para llegar al diagnóstico, sumado al conocimiento de la existencia de esta patología por parte del médico examinador, teniendo en mente que toda paciente con embarazo de primer trimestre y antecedente de cesárea tiene riesgo de presentar esta entidad.

En la literatura revisada se hace énfasis en el tratamiento conservador, ya que genera menor morbilidad y preserva la fertilidad. Aunque el tratamiento quirúrgico o con metotrexate intragestacional y sistémico combinados han sido exitosos, unas guías de tratamiento universal no han podido ser establecidas.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Javier Ardila Montalegre, director de nuestro departamento, por sus aportes al manuscrito y sus ideas.

## REFERENCIAS

1. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23:247-53.
2. Larsen JV, Solomon MH. Pregnancy in a uterine scar sacculus--an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. *S Afr Med J* 1978;53:142-3.
3. Li SP, Wang W, Tang XL, Wang Y. Cesarean scar pregnancy: a case report. *Chin Med J (Engl)* 2004;117:316-7.
4. Wang CJ, Yuen LT, Chao AS, Lee CL, Yen CF, Soong YK. Caesarean scar pregnancy successfully treated by operative hysteroscopy and suction curettage. *BJOG* 2005;112:839-40.
5. Avva R, Shah HR, Angtuaco TL. US case of the day. Placenta increta. *Radiographics* 1999;19:1089-92.
6. Chuang J, Seow KM, Cheng WC, Tsai YL, Hwang JL. Conservative treatment of ectopic pregnancy in a caesarean section scar. *BJOG* 2003;110:869-70.
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;34:216-9.
8. Rotas MA, Haberman S, Levgur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006;107:1373-81.
9. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. Cesarean scar pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21:310.
10. Chou MM, Hwang JI, Tseng JJ, Huang YF, Ho ES. Cesarean scar pregnancy: quantitative assessment of uterine neovascularization with 3-dimensional color power Doppler imaging and successful treatment with uterine artery embolization. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:866-8.
11. Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2002;57:537-43.
12. Hwu YM, Hsu CY, Yang HY. Conservative treatment of caesarean scar pregnancy with transvaginal needle aspiration of the embryo. *BJOG* 2005;112:841-2.

**Conflictos de intereses:** ninguno declarado.