

EMBARAZO DE SEGUNDO TRIMESTRE EN CICATRIZ DE CESÁREA.

Sergio Pereira(1), Feiruz Chamy(2), Cristian Parada(1), Ivonne Peña(1), Claudia Ochoa(1), Cristóbal Orellana(1)

*Interno/a Medicina, Facultad de Medicina Campus Occidente, Universidad de Chile
Médico Cirujano, egresada Campus Oriente, Universidad de Chile*

Resumen

El embarazo ectópico se define como aquél que ocurre fuera de la cavidad uterina, siendo el embarazo en cicatriz de cesárea una de las formas menos frecuentes de presentación. Caso clínico: Multípara de 1, 27 años, con antecedente de cesárea previa. Cursando embarazo de 21 semanas. Ingresa a Servicio de Urgencias por lipotimia y dolor abdominal progresivo. Ecografía de urgencia: Feto único vivo, placenta posterolateral que cubre OCI, abundante líquido libre perihepático y FID. Laboratorio: Hematocrito: 22%, Hb: 7.5. Laparotomía exploradora: Se observa desgarro uterino y placenta percreta, se aspiran 2.5L de sangre. Se realiza histerectomía obstétrica. Se logra contactar con médico tratante: Destaca antecedente conocido de embarazo en cicatriz de cesárea, paciente se habría negado a interrupción del embarazo. Discusión: Dentro de los factores de riesgo, entre otros, destaca el antecedente de histerotomía previa. Tratamiento óptimo no está

claro, manejo debe ser específico para cada paciente considerando presentación clínica, edad gestacional, deseo de fertilidad futura y tamaño de saco gestacional. La gran mayoría de las pacientes no tienen problemas con los siguientes embarazos.

Palabras clave: Embarazo ectópico, Cicatriz de cesárea, Embarazo en cicatriz de cesárea.

THIRD TRIMESTER PREGNANCY ON CESAREAN SECTION SCAR.

Abstract

Ectopic pregnancy is defined as one that occurs outside the uterine cavity, being the cesarean scar pregnancy one of the least common forms of presentation. Case Report: Multiparous of 1, 27, with a history of previous pregnancy with cesarean delivery, 21+3 weeks pregnancy. Enters Emergency Service by fainting and progressive abdominal pain. Emergency ultrasound: Alive fetus, placenta covering posterolateral IOU, perihepatic and RIF abundant free fluid. Laboratory: Hematocrit: 22%, Hb: 7.5. Exploratory laparotomy: uterine rupture and placenta percreta is observed, 2.5L of blood are aspirated. Obstetric hysterectomy is performed. It is possible to contact the treating physician: Highlights known history of cesarean scar pregnancy, the patient would have refused treatment. Discussion: Among the risk factors, among others, highlights the history of previous hysterectomy. Optimal treatment is unclear, management should be specific for

each patient considering clinical presentation, gestational age, desire for future fertility and gestational sac size. The vast majority of patients have no problems with subsequent pregnancies.

Key Words: Ectopic pregnancy, Cesarean scar, Cesarean-scar pregnancy.

Introducción

El embarazo ectópico se define como aquél que ocurre fuera de la cavidad uterina, siendo la gran mayoría de éstos en la tuba uterina (98%)¹. Sin embargo, es posible encontrar otras localizaciones: cervical, intramural, ovárico, intersticial, cornual o en cicatriz de cesárea (histerotomía). Además es posible encontrar embarazos heterotópicos, en que coexiste un embarazo normotópico con otro ectópico.

Su diagnóstico y tratamiento adecuado es dificultado debido a su baja frecuencia, la información existente se obtiene a partir de pequeños estudios observacionales y reportes de casos.

Se estima que el embarazo ectópico ocurre entre el 1-2% de los embarazos², con un aumento de su incidencia de forma progresiva en el último tiempo, principalmente secundario a un aumento de la incidencia de la enfermedad inflamatoria pélvica³. El embarazo ectópico en una cicatriz de cesárea (histerotomía) ocurre en 1 de 2000 embarazos y da cuenta del 6% de los embarazos ectópicos en mujeres con antecedente de cicatriz de cesárea. Aparentemente, la incidencia no se relaciona con el número de partos por cesárea⁴. No existen datos en Chile.

A continuación se presenta un caso clínico de una paciente cursando un embarazo segundo trimestre en cicatriz uterina.

Caso Clínico

Múltipara de 1, 27 años de edad. Dentro de sus antecedentes médicos destaca insulino resistencia en tratamiento con metformina, antecedente de una cesárea anterior por causa no precisada, cursando un embarazo de 21 semanas por FUR y ecografía precoz, en control mixto en APS y médico extrasistema.

Consulta en el servicio de urgencia del área Occidente por presentar un episodio de lipotimia asociado a dolor abdominal progresivo al estar en su casa, recuperándose espontáneamente. Familiares que la acompañan refieren que persiste con varios eventos de pérdida de conciencia autolimitados durante el trayecto a dicho establecimiento.

Al ingreso se aprecia una paciente taquicárdica con 130 lpm, presión arterial de 116/71 mm Hg, tranquila, piel y mucosas rosadas, bien perfundidas, cardiopulmonar normal, abdomen blando, depresible, algo sensible en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, útero grávido con altura uterina de 20 cm, sin metrorragia ni otras molestias. En la ecografía obstétrica de urgencia se describe un feto único vivo, placenta posterolateral izquierda con lengüeta que cubre OCE, sin imagen sugerente de desprendimiento. Al laboratorio destaca Hematocrito: 22%, Hemoglo-

bina 7.5mg/dl, Leucocitos: 21450, función renal, electrolitos y coagulación normales. Evoluciona con persistencia de dolor y taquicardia. Se realiza ecografía abdominal que evidencia abundante líquido libre perihepático y en fosa ilíaca derecha, planteándose diagnóstico de hemoperitoneo. Se realiza laparoscopia exploradora evidenciando gran coágulo sobre útero, hemoperitoneo en los cuatro cuadrantes. Se aspiran 1.5lt de sangre, posterior a lo cual se convierte a laparotomía abierta extrayendo cerca de 1 lt en coágulos. Al revisar la zona del sangrado se aprecia que la placenta perfora la pared uterina a nivel de la cicatriz de cesárea, originando así este sangrado persistente. Se realiza una histerectomía obstétrica subtotal, no evidenciando lesiones a nivel de vejiga ni asas intestinales. Se transfunden en total 7U GR, 7U PFC 6 Plaquetas. Se traslada a UCI para continuar manejo postquirúrgico. Posteriormente se logra contactar con Médico tratante, quien refiere antecedente conocido de embarazo embarazo en cicatriz uterina. Se le habría explicado a la paciente la necesidad de interrumpir el embarazo dado su pronóstico, sin embargo paciente habría rechazado tanto los diagnósticos y su tratamiento, habiendo consultado a diferentes especialistas con la esperanza de mejorar el pronóstico.

Discusión

El embarazo en cicatriz de cesárea es un cuadro potencialmente fatal para la madre. Si bien existen casos reportados que llegan a término⁵, la historia natural de la enfermedad conlleva a la muerte materna, siendo en su gran mayoría embarazos no viables.

La cicatriz de una histerotomía dificulta la deci-

dualización óptima del endometrio subyacente, permitiendo la invasión del músculo uterino por el blastocisto al momento de la implantación. El embarazo se localiza en la cicatriz misma y está rodeada por miometrio y tejido conectivo, pudiendo alcanzar edades gestacionales mayores entre mejores sean las condiciones locales⁶. Se cree que el mecanismo de implantación en esta localización se debe o a una falla en la zona del segmento uterino o una fístula microscópica dentro de la misma cicatriz^{7,8}

Dentro de los factores de riesgo para esta condición destacan, además de una cicatriz uterina previa: adenomiosis, fertilización in vitro, antecedente de dilatación y curetaje y antecedente remoción manual de la placenta⁹.

Como todo embarazo ectópico, el diagnóstico frecuentemente se realiza en el primer trimestre del embarazo. Las presentaciones en segundo y tercer trimestre son raras. Su espectro clínico puede variar desde asintomático a sangrado vaginal asociado o no a dolor abdominal, hasta ruptura uterina con shock hipovolémico y muerte⁹.

El diagnóstico se confirma ecográficamente viendo una cicatriz uterina agrandada con una masa incrustada, que puede sobresalir por encima de la pared anterior del útero¹⁰. Otros hallazgos incluyen: Presencia de trofoblasto entre la vejiga y la pared anterior del útero, ausencia de partes fetales en la cavidad endometrial, ausencia de miometrio entre el saco gestacional y la vejiga y discontinuidad de la pared uterina anterior en el corte sagital¹¹.

El tratamiento óptimo del embarazo en cicatriz de cesárea no está claro y su manejo debe ser adecuado a cada paciente, dependiendo de la presentación clínica, deseo de fertilidad futura,

edad gestacional y tamaño del saco gestacional. Al igual que en los embarazos ectópicos tubarios, este tipo de embarazos pueden ser manejados ya sea médica o quirúrgicamente. En pacientes que muestren signos de inestabilidad hemodinámica la intervención debe ser quirúrgica y puede ser por vía laparoscópica, histeroscópica o por laparotomía, pudiéndose realizar resección en bloque del embarazo con posterior corrección del defecto o histerectomía obstétrica, decisión que dependerá de los factores antes mencionados⁶. De este modo, tal como ilustra nuestro caso clínico, la situación correspondía a un embarazo ya de segundo trimestre, con gran pérdida de sangre a peritoneo (>2,5L) y riesgo vital patente. Lamentablemente, en casos de esta magnitud la única alternativa para preservar la vida es una histerectomía obstétrica con todas las consecuencias que esto acarrea.

Dentro de las desventajas del tratamiento médico de esta enfermedad destacan la lenta resolución del embarazo que puede tardar meses, con el consiguiente riesgo de ruptura y hemorragia, al contrario del tratamiento quirúrgico que permite una remoción inmediata con reparación del defecto, por ende minimizando el riesgo de estas complicaciones. Al contrario del embarazo tubario, el manejo expectante no es una alternativa dado el alto riesgo de ruptura y muerte materna.¹¹

Otras formas de acercamiento terapéutico incluyen: Embolización de arteria uterina, principalmente utilizada para disminuir el riesgo de hemorragia posterior al tratamiento conservador quirúrgico o inyección con metrotrexato^{12,13} e histeroscopia y remoción del embarazo bajo visualización directa.¹⁴

En los embarazos subsiguientes puede ocurrir nuevamente implantación en cicatriz, sin em-

bargo la mayoría de las mujeres tendrán embarazos normales. Un estudio realizado en Londres siguió a 21 mujeres con embarazo en cicatriz de cesárea, reportándose un 5% de recurrencias, 95% logra embarazo intrauterino normal, sin embargo se reportó un 35% de abortos espontáneos.¹⁵

En suma, el embarazo en cicatriz de cesárea es un cuadro de alta morbimortalidad materna, que requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico, considerando los factores de riesgo antes mencionados. Se debe hacer énfasis al carácter de inviable de este embarazo y que, si bien tienen mayor riesgo que la población general de volver a presentar embarazos inviables, la mayoría de las pacientes que vuelven a embarazarse logran embarazos intrauterinos fisiológicos que llegan a término.

Bibliografía

1. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, et al. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002; 17:3224
2. Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. Ectopic pregnancy--United States, 1990-1992. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995; 44:46.
3. Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielsson D. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Infect* 2000; 76:28.
4. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006; 107:1373.
5. Ben Nagi J, Helmy S, Ofili-Yebovi D, et al. Reproductive outcomes of women with a previous history of Cesarean scar ectopic pregnancies. *Hum Reprod* 2007; 22:2012.
6. Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *BJOG* 2007; 114:253.
7. Smith A, Ash A, Maxwell D. Sonographic diagnosis of cesarean scar pregnancy at 16 weeks. *J Clin Ultrasound* 2007; 35:212.
8. Marchiolé P, Gorlero F, de Caro G, et al. Intramural pregnancy embedded in a previous Cesarean section scar treated conservatively. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 23:307.
9. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16:592.
10. Armstrong V, Hansen WF, Van Voorhis BJ, Syrop CH. Detection of cesarean scars by transvaginal ultrasound. *Obstet Gynecol* 2003; 101:61.
11. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006; 107:1373.
12. Ghezzi F, Laganà D, Franchi M, et al. Conservative treatment by chemotherapy and uterine arteries embolization of a cesarean scar pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 103:88.
13. Yang MJ, Jeng MH. Combination of transarterial embolization of uterine arteries and conservative surgical treatment for pregnancy in a cesarean section scar. A report of 3 cases. *J Reprod Med* 2003; 48:213.
14. Deans R, Abbott J. Hysteroscopic management of cesarean scar ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2010; 93:1735.
15. Ben Nagi J, Helmy S, Ofili-Yebovi D, et al. Reproductive outcomes of women with a previous history of Cesarean scar ectopic pregnancies. *Hum Reprod* 2007; 22:2012.