

REPORTE DE CASO / CASE REPORT

Embarazo Ectópico en Cicatriz de Cesárea Anterior
Manejo conservador (A propósito de un Caso)Ferreira Cyncar - Fernando¹,

1Universidad Nacional de Itapúa, Facultad de Medicina, Paraguay

RESUMEN

Se define al embarazo ectópico como la implantación del blastocisto en cualquier lugar distinto de la cavidad endometrial. El embarazo localizado dentro de una cicatriz de cesárea previa es el menos frecuente de los embarazos ectópicos y se acompaña de complicaciones potencialmente graves y mortales para la mujer gestante, como el riesgo de ruptura uterina. Debido a la baja frecuencia de su aparición, no existen unas pautas claras para su tratamiento, existiendo diferentes pautas de actuación tanto médicas como quirúrgicas. El manejo conservador es descrito en la literatura como el que mejores resultados obstétricos futuros presenta en comparación con el manejo quirúrgico. El fármaco utilizado para el manejo conservador es el Metotrexate, agente quimioterápico, antagonista del ácido fólico que actúa deteniendo el crecimiento de todas las células de rápida división celular, como ser las células trofoblásticas antes de que ocurra la ruptura uterina. Presentamos un caso de una paciente de 30 años de edad, con embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea previa diagnosticada mediante ecografía transvaginal y tratada de manera conservadora mediante el uso de METOTREXATE, teniendo en cuenta su deseo de mantener la fertilidad, para evitar la progresión de la invasión trofoblástica, con buen resultado materno. Se hospitaliza por el riesgo de ruptura uterina, evolucionando con invasión trofoblástica mínima de la histerorrafia, culminando en muerte embrionaria. No hubo complicaciones maternas.

Esquema: METOTREXATE dosis de 1mg/kg aplicado los días 1, 3, 5, 7, 12, 14
Ácido Fólico 20mg/día. los días alternos; Antibioticoterapia los primeros 10 días;
Controles laboratoriales (hemograma, perfil hepático, renal) más dosaje seriado de BHCG.

Palabras claves: Embarazo ectópico; metotrexate, cicatriz de cesárea; conservador

Recibido:14/03/2022

Revisado: 23/05/2023

Aceptado:15/06/2023

Autor para
correspondencia:
Dr. Fernando Ferreira
f.ferreira@medicina.uni.edu.py
u.py

Conflictos de interés
El autor declara no poseer
conflictos de interés.

Fuente de financiación
El autor no recibió apoyo
financiero de entidades
gubernamentales o
instituciones para realizar
esta investigación

Ectopic Pregnancy in Previous Cesarean Section Scar Conservative Management (About a Case)

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is defined as the implantation of the blastocyst in any place other than the endometrial cavity. A pregnancy located within a previous caesarean section scar is the least frequent of ectopic pregnancies and is accompanied by potentially serious and fatal complications for the pregnant woman, such as the risk of uterine rupture. Due to the low frequency of its appearance, there are no clear guidelines for its treatment, and there are different guidelines for action, both medical and surgical. Conservative management is described in the literature as the one that presents the best future obstetric results in comparison with surgical management. The drug used for conservative management is Methotrexate, a chemotherapeutic agent, a folic acid antagonist that acts by stopping the growth of all rapidly dividing cells, such as trophoblastic cells before uterine rupture occurs. We present a case of a 30-year-old patient with an ectopic pregnancy on a previous cesarean section scar diagnosed by transvaginal ultrasound and treated conservatively using METHOTREXATE, taking into account her desire to maintain fertility, to prevent the progression of trophoblastic invasion, with good maternal outcome. She was hospitalized due to the risk of uterine rupture, evolving with minimal trophoblastic invasion from the hysterorrhaphy, culminating in embryonic death. There were no maternal complications.

Scheme: METOTREXATE dose of 1mg/kg applied on days 1,3,5,7,12,14 Folic Acid 20mg/day. alternate days; Antibiotic therapy the first 10 days; Laboratory controls (complete blood count, liver profile, kidney) plus serial dosage of BHCG.

Key words: Ectopic pregnancy; methotrexate, cesarean section scar; conservative

INTRODUCCIÓN

Se define al embarazo ectópico como la implantación del blastocisto en cualquier lugar distinto de la cavidad endometrial. El embarazo ectópico sobre la cicatriz de una cesárea previa es una entidad muy poco frecuente (la menos frecuente) y que se acompaña de complicaciones potencialmente muy graves como el riesgo de ruptura uterina ⁽¹⁾. Se estima que su prevalencia oscila entre 1:1.800 y 1:2.226 embarazos y corresponde solo al 6,1% de los embarazos ectópicos en mujeres con una cesárea previa. Sin embargo, debido a la baja frecuencia de su aparición, no existen unas pautas claras para su tratamiento, existiendo diferentes pautas de actuación tanto médicas como quirúrgicas. Algunos reportes indican más de 30 modalidades médicas (metotrexato, cloruro de potasio) y quirúrgicas (conservadores y radicales) como: legrado uterino, histeroscopia, laparoscopia, laparotomía, embolización de arterias uterinas y sonda de Foley intrauterina, o la combinación de ambos tratamientos, sin que exista un consenso de cuál es la mejor modalidad en pacientes con embarazo ectópico en cicatriz de cesárea ⁽²⁾.

El Metotrexate, agente quimioterápico, es un antagonista del ácido fólico que actúa deteniendo el crecimiento de todas las células de rápida división celular, como ser las células trofoblásticas antes de que ocurra la ruptura. Está indicado en las mujeres con un embarazo ectópico no complicado, según criterios de control estricto.

La cesárea es un procedimiento que se ha incrementado en todo el mundo en las últimas tres décadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2013 la tasa

de cesárea durante el periodo de 2005 a 2010, en Brasil, fue de 52%, Italia 38%, México 39% y Estados Unidos 33%. Las tasas más bajas reportadas en países industrializados fueron en Holanda (13.7%), Suecia (16.5%) y Checoslovaquia (18.4%) ^(3,4,5).

Esta intervención quirúrgica es la más practicada en los hospitales y no está exenta de complicaciones, principalmente: sangrado operatorio, infección del sitio quirúrgico, deciduomimetritis, entre otras, además de implicar mayor riesgo de anomalías en la placentación (acretismo placentario y placenta previa) ⁽⁴⁾.

Una alteración que se reportó recientemente en pacientes con una o más cesáreas es el embarazo que se implanta en la cicatriz de la cesárea. Su incidencia es de 1 por cada 2,000 embarazos y ocurre en 6.1% de todos los embarazos ectópicos de pacientes con cesárea previa ⁽⁶⁾.

El embarazo ectópico en la cicatriz de la cesárea previa, que se detecta en el primer trimestre, es una alteración reconocida y documentada en la actualidad. No son muchos los médicos que han atendido pacientes con embarazo en la cicatriz de la cesárea, de ahí que no todos sepan cómo conducirse ⁽⁷⁾.

La gran interrogante que se plantea es continuar con el embarazo o finalizarlo al momento establecer el diagnóstico. Proseguir con el embarazo podría exponer a la paciente a un riesgo elevado de invasión anormal del trofoblasto hacia las estructuras vecinas e incrementar el riesgo de sangrado operatorio y muerte por hemorragia obstétrica ⁽⁸⁾.

Una revisión sistemática reciente en la que se prescribió metotrexato local como

tratamiento de primera línea a 95 pacientes con embarazo ectópico debido a una cesárea anterior informó una eficacia del 73,9 % después de una única inyección local y una tasa de éxito acumulada posterior del 88,5 %. Agregando una administración local o intramuscular adicional, principalmente cuando la concentración de gonadotropina coriónica humana (hGC) era inferior a 12.000 UI/L y no había frecuencia cardíaca fetal. La tasa de fracaso del metotrexato fue del 11,5% en los pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico. Los autores concluyen que la inyección local de metotrexato de dosis única guiada por ultrasonido puede ser el tratamiento de primera línea para la cicatriz de cesárea en pacientes con embarazo ectópico, a menos que la concentración de BhCG sea superior a 100 000 UI/L ⁽⁷⁾.

El tiempo que tardan los niveles de BhCG en volverse negativos es de 10,5 a 21 semanas. Si se detectan latidos cardíacos fetales, se pueden administrar 1-2 ml de cloruro de potasio (14,9 g/100 ml) bajo guía ecográfica hasta que se detenga el corazón fetal, lo que aumenta la eficacia del metotrexato⁷. El tratamiento quirúrgico consiste en laparotomía conservadora o técnicas endoscópicas (histeroscopia o laparoscopia) (dilatación y curetaje uterino, extirpación histeroscópica de tejido, embolización o ligadura de la arteria uterina) o un procedimiento más radical como la histerectomía. En pacientes sometidos a cirugía conservadora, se coloca un catéter de Foley lleno de globo para prevenir o controlar el sangrado, con buenos resultados.

El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea puede diagnosticarse correctamente en etapas tempranas mediante ultrasonografía

transvaginal, y en caso de existir dudas puede recurrirse a la resonancia magnética nuclear con contraste. No existen pautas que brinden el mejor tratamiento para esta enfermedad. Algunos informes se refieren a más de 30 métodos médicos (metotrexato, cloruro de potasio) y quirúrgicos (conservadores y radicales), que incluyen legrado uterino, histeroscopia, laparoscopia, laparotomía, embolización de la arteria uterina y sonda de Foley intrauterina o una combinación de las mismas. No hay consenso sobre el mejor abordaje para la cicatriz de cesárea en pacientes con embarazo ectópico ^(1,2).

Hasta el momento no existen guías que establezcan el protocolo de este tipo de embarazos. Por lo tanto, genera muchas disparidades de opiniones entre las diversas sociedades de ginecología y obstetricia. Existen reportes de más de 750 embarazos en cicatriz de cesárea, desde series de casos hasta reportes de caso único.

El siguiente trabajo de investigación tiene como objetivo principal describir el caso de una paciente con embarazo ectópico en cicatriz de cesárea (Reporte de caso), con deseos de mantener su fertilidad conservada y detallar las principales pautas de diagnóstico y tratamiento utilizados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 30 años, Nulípara, cesareada anterior (gestación a término hace 5 años); acude al servicio de Ginecología y Obstetricia derivada por facultativo para mejor manejo, refiriendo dolor esporádico en hipogastrio, de moderada intensidad, que cede con el reposo y antiespasmódicos orales, no refiere pérdida de sangre por vagina u otros síntomas acompañantes, no refiere otro antecedente de valor.

Dentro de la exploración y pruebas complementarias se realizaron:

Ecografía Transvaginal: Útero aumentado de tamaño, en posición AVF, mide 11cm por 7cm por 5 cm. Se visualiza Imagen heterogénea bien delimitada, localizada a nivel de cicatriz de cesárea anterior, de crecimiento centrifugo, que no se extiende a tejidos vecinos, midiendo 7cm por 6cm, en cuyo interior se visualiza saco gestacional con embrión único sin actividad cardiaca, corroborado al Doppler color, dicho embrión mide 2.33cm, correspondiendo por LCC a 9 semanas de gestación, se visualiza además corion envolvente con gran vascularización. Conclusión: Gestación interrumpida de 9 semanas, localizada en región ístmico cervical, específicamente sobre la cicatriz de la cesárea anterior (histerorrafia).

Dosaje de BHCG cuantitativo:
14.500mUi/ml



Figura 1: Antes del tratamiento

Manejo conservador (15 días de internación)

Esquema: METOTREXATE dosis de 1mg/kg aplicado los días 1, 3, 5, 7, 12, 14. Ácido Fólico 20mg/día los días alternos; Antibioticoterapia: Amoxicilina Sulbactam ET los primeros 10 días; Controles laboratoriales completos (hemograma, perfil hepático, renal) más dosaje seriado de BHCG cuantitativo para evaluar progresión y continuación del tratamiento.



Figura 2: Después del tratamiento

RESULTADOS

Cifras de BHCG en descenso desde 14.500 mUi/ml al ingreso a 907mUi/ml al alta y su negativización a los 30 días (Ambulatorio). Ecografías de control realizadas los días 1, 5, 9, 15. Desde el ingreso hasta el alta se evidencio una disminución en el tamaño del saco gestacional y una atenuación de la vascularización objetivada al power Doppler. Se produce la expulsión espontanea de material compatible con restos ovulares el día 13 de internación, que se envía para anatomía patológica.

Paciente es dada de alta en buen estado general, sin signos de irritación peritoneal, descompensación ni hemorragia por vagina. Plan de Alta: control de BHCG cuantitativo hasta negativizar cada 10 días; Ecografías Doppler de control cada 10 días; Histeroscopia de control de cavidad uterina a los 6 meses, métodos de planificación familiar por un año mínimamente.

CONCLUSIÓN

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 han descrito 2 tipos de embarazo ectópico en la cicatriz de la cesárea. Uno de ellos crece hacia la cavidad uterina (pudiendo llegar a término) y el otro crece hacia el exterior uterino, progresando hacia la rotura uterina y la invasión de otras estructuras pélvicas.

Nuestro caso se correspondía con el segundo tipo, lo que convertía el caso en una urgencia diferida a pesar de la ausencia de clínica de la paciente (8).

Se hospitaliza por el riesgo de ruptura uterina, evolucionó con invasión trofoblástica mínima en región de la histerorrafia culminando en muerte embrionaria.

No hubo complicaciones maternas. Se trató con Metotrexato para evitar la progresión de la invasión trofoblástica, con buen resultado materno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Céspedes Masís A. Embarazo ectópico. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica [en línea] 2010 [fecha de acceso 7 de febrero de 2017]; LXVII (591):65-68. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/591/art11.pdf>
2. Ojalvo Santiesteban C, Terán Mendizábal R, García Flores A, Laredo Espinoza J, Villazón Villarroel HA, Ojeda R. Embarazo ectópico cervical, reporte de un caso clínico en el hospital materno infantil "German Urquidi". Rev Méd. (Cochabamba) [en línea]. 2008[citado 8 de febrero de 2017];19(29):71-4. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rmcba/v19n29/v19n29a13.pdf>
3. Cabezas Cruz Evelio. El embarazo ectópico sigue siendo un problema no resuelto. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2015 [citado 7 de febrero de 2017];41(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol41_2_15/gin01215.htm
4. Rigol Ricardo O, Santisteban Alba S, Cutié León E, Cabezas Cruz E, Farnot Cardoso U, Vázquez Cabrera J, et al. Obstetricia y Ginecología. 3ra edición. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2014.
5. Fernández Arenas C. El embarazo ectópico se incrementa en el mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2011[citado 8 de enero de 2016];37(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2011000100010
6. Bess Constantén S, Gran Álvarez MA, Alonso Alomá I, López Nistal NM, Torres Vidal RM, Martínez Morales MA, et al. Anuario Estadístico de Salud 2014. 43ra edición. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2015.
7. Cheung VYT. Local metotrexate injection as the first-line treatment for cesarean scar pregnancy: Review of the literature. J Minim Invasive Gynecol 2015;22(5):753-758
8. Fred Morgan-Ortiz. Embarazo ectópico repetido en cicatriz de cesárea previa: reporte de un caso y revisión bibliográfica. Caso clínico Ginecol Obstet Mex 2015; 83:641-647