

PUBLICACIÓN ANTICIPADA

Publicación anticipada

El Comité Editor de la Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo aprobó para publicación este manuscrito, teniendo en cuenta la revisión de pares que lo evaluaron y levantamiento de observaciones. Se publica anticipadamente en versión pdf en forma provisional con base en la última versión electrónica del manuscrito, pero sin que aún haya sido diagramado ni se le haya hecho la corrección de estilo. Siéntase libre de descargar, usar, distribuir y citar esta versión preliminar tal y como lo indicamos, pero recuerde que la versión electrónica final y en formato pdf pueden ser diferentes.

Advance publication

The Editorial Committee of the Journal Cuerpo Medico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo approved this manuscript for publication, taking into account the peer review that evaluated it and the collection of observations. It is published in advance in a provisional pdf version based on the latest electronic version of the manuscript, but without it having been diagrammed or style corrected yet. Feel free to download, use, distribute, and cite this preliminary version as directed, but remember that the final electronic and pdf versions may differ.

Citación provisional / Morales Bautista JL, Salazar ME, Del Aguila-Salgado KR, Aparicio-Ponce JR. Embarazo en cicatriz de cesárea previa: Reporte de caso. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 5 de julio de 2024 [citado 5 de julio de 2024];17(2). DOI: [10.35434/rcmhnaaa.2024.172.2379](https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2024.172.2379)

Recibido / 24/01/2024

Aceptado / 20/06/2024

Publicación en Línea / 05/07/2024



Embarazo en cicatriz de cesárea previa: Reporte de caso

Pregnancy in a previous cesarean section scar: Case report

José Luis Morales Bautista ^(1,2,a), Marianny Emilicelesty Salazar ^(1,3,b), Karina Roxana Del Aguila-Salgado ^(1,2,a,c), Jorge Renato Aparicio-Ponce ^(1,3,a,d).

1. Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú
2. Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú
3. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú
- a. Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia
- b. Médico Residente en Ginecología y Obstetricia
- c. Magister en Medicina con Mención en Ginecología y Obstetricia
- d. Doctor en Medicina

Correos y ORCID:

José Luis Morales Bautista

jl_moba@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-3985-6044>

Marianny Emilicelesty Salazar

mariannysalazar28@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-7221-1325>

Karina Roxana Del Aguila-Salgado

karinadelaguila123@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0005-2237-995X>

Jorge Renato Aparicio-Ponce

japariciop@unmsm.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-1785-2758>

Autor corresponsal:

Jorge Renato Aparicio-Ponce

japariciop@unmsm.edu.pe

Calle Leonardo Da Vinci 432 departamento 301, Urbanización La Calera de La Merced, Surquillo, Lima-Perú. Lima 34.

Financiamiento: autofinanciado por los autores.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

RESUMEN

La operación cesárea representa un procedimiento cuya frecuencia ha aumentado con el tiempo. Como consecuencia de este antecedente se reporta una complicación del embarazo, el embarazo en cicatriz de cesárea previa (ECCP). Algunos la incluyen como un tipo de embarazo ectópico, la mayoría no lo hace como tal. Esta complicación representa la implantación del blastocisto en un defecto de la cicatriz, descrito como istmocele. El ECCP puede ser de dos tipos. El endógeno o tipo 1, donde el saco gestacional crece hacia la cavidad uterina y por lo tanto el miometrio tendrá mayor espesor; y el exógeno o tipo 2, con un crecimiento hacia la vejiga, donde el miometrio está muy adelgazado. El manejo de esta patología no está estandarizado. Debido a que puede ocurrir una morbilidad materna severa, y lo aun controversial del manejo, se reporta un caso clínico manejado quirúrgicamente en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Palabras clave (DeCS): cesárea, cicatriz, embarazo

ABSTRACT

Cesarean section represents a procedure whose frequency has increased over time. As a consequence of this history, a complication of pregnancy is reported, the previous cesarean scar pregnancy (PCBS). Some include it as a type of ectopic pregnancy, most do not as such. This complication represents implantation of the blastocyst in a scar defect, described as isthmocele. ECCP can be of two types. The endogenous or type 1, where the gestational sac grows towards the uterine cavity and therefore the myometrium will be thicker; and the exogenous or type 2, with a growth towards the bladder, where the myometrium is very thinned. The management of this pathology is not standardized. Because of the severe maternal morbidity that can occur, and the still controversial management, we report a clinical case managed surgically at the Hospital Nacional Dos de Mayo.

Keyword (MeSH): cesarean section, scar, pregnancy

INTRODUCCIÓN

La cesárea representa un procedimiento obstétrico cuyo objetivo es preservar la salud materno fetal. Su frecuencia ha aumentado con el tiempo y existe un progreso en las metodologías diagnósticas. Esto trae como consecuencia el reporte de una complicación del embarazo en gestantes con antecedente de cesárea. Existen comunicaciones que la incluyen como un tipo de embarazo ectópico⁽¹⁻⁷⁾, mientras que otras indican que se trata de un embarazo en cicatriz de cesárea previa (ECCP)⁽⁸⁻¹⁵⁾.

El ECCP representa la implantación del blastocisto en un defecto de la cicatriz, descrito como itsmocele^(7,11); si la implantación ocurriera en esta área puede estar en relación al espectro del acretismo placentario^(3,4). Por lo general, el ECCP se detecta en el primer trimestre del embarazo. La sintomatología más frecuente es el sangrado genital y el dolor^(3,15), pero la tercera parte de los casos son asintomáticos y detectados en las ecografías de control⁽⁷⁾, siendo la ecografía transvaginal el método diagnóstico de elección. Los criterios básicos son: saco gestacional localizado en la pared anterior en el área que corresponde al segmento inferior del útero, canal endocervical y fondo uterino vacíos, capa miometrial fina entre el saco gestacional y la vejiga, con presencia de un rico patrón vascular en el área de la cicatriz previa^(7,13). Hay diferencias para la clasificación de esta implantación, reportándose subclasificaciones con orientación al manejo^(2,8-10). Sin embargo, las comunicaciones indican que el ECCP puede ser de dos tipos. El endógeno o tipo 1, donde el saco gestacional crece hacia la cavidad uterina y por lo tanto el miometrio tendrá mayor espesor; y el exógeno o tipo 2, con un crecimiento hacia la vejiga, donde el miometrio está muy adelgazado^(7,15).

El manejo de esta patología no está estandarizado. Existen controversias al ser aun una patología de baja frecuencia. Se propone diferentes posibilidades de tratamiento. Dependerá de la experiencia para realizar procedimientos y los equipos de la institución. Pero en especial del estado hemodinámico de la paciente y su deseo de fertilidad. Los tratamientos reportados son, tratamiento médico local y/o sistémico con metotrexate, legrado uterino con guía ecográfica, embolización de arterias uterinas y cirugía por laparotomía, laparoscopia o histeroscopia^(1,5,6,12,14).

A nivel nacional^(4,14), como en la región e internacionalmente, se tienen pocos reportes. Debido a que puede ocurrir una morbilidad materna severa, y lo aun controversial del manejo, se reporta un caso clínico manejado quirúrgicamente en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

REPORTE DEL CASO

Gestante de 31 años ingresa por emergencia refiriendo sangrado por vagina y dolor pélvico leve tipo cólico. Antecedente en la gestación 1 de legrado uterino por aborto incompleto. En la gestación 2 cesárea por preeclampsia y macrosomía. En la gestación 3 aspiración manual endouterina (AMEU) por aborto retenido. Por última menstruación tenía 8 6/7 semanas de edad gestacional. Hemodinámicamente estable. Al examen abdominal no presentaba alteraciones. A la especuloscopia se evidenciaba sangrado escaso proveniente de útero. Al tacto vaginal, cuello uterino sin modificaciones, útero retro verso flexo de 8 cm, con una masa en cara anterior dolorosa levemente al palparla. Anexos dentro de límites normales. La analítica de laboratorio conservada. La sub β HCG indicaba 37 296 mIU/ml.

En la ecografía transvaginal se observaba el útero en retro verso flexión, de 90mm de diámetro longitudinal, 54mm el anteroposterior y 45 mm el transverso. La superficie irregular y la densidad homogénea. El cuerpo uterino vacío con un endometrio de 13.6mm de grosor. (Figura 1)

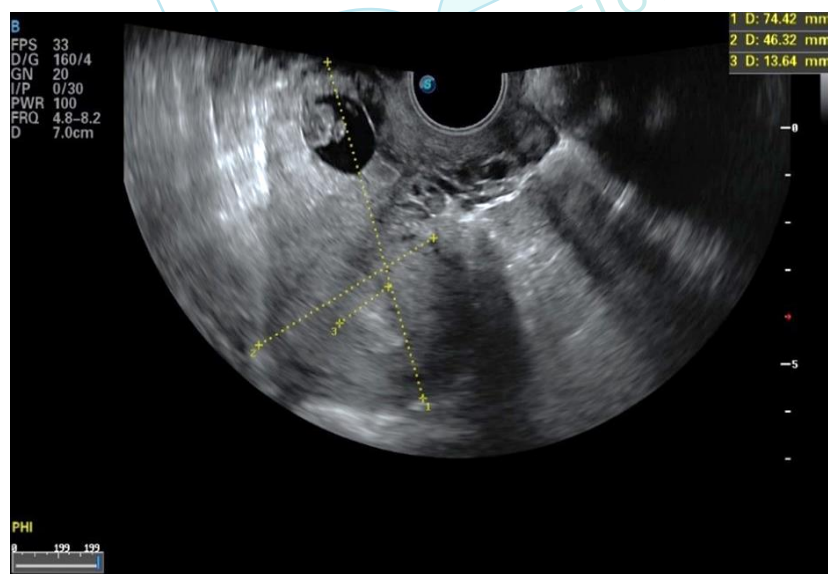


Figura 1. Útero retro verso con saco gestacional conteniendo un embrión.

En la cara anterior uterina se apreciaba un saco gestacional de 31x27mm con un embrión activo en su interior de 13.6mm de longitud corono nalga. (Figura 2)

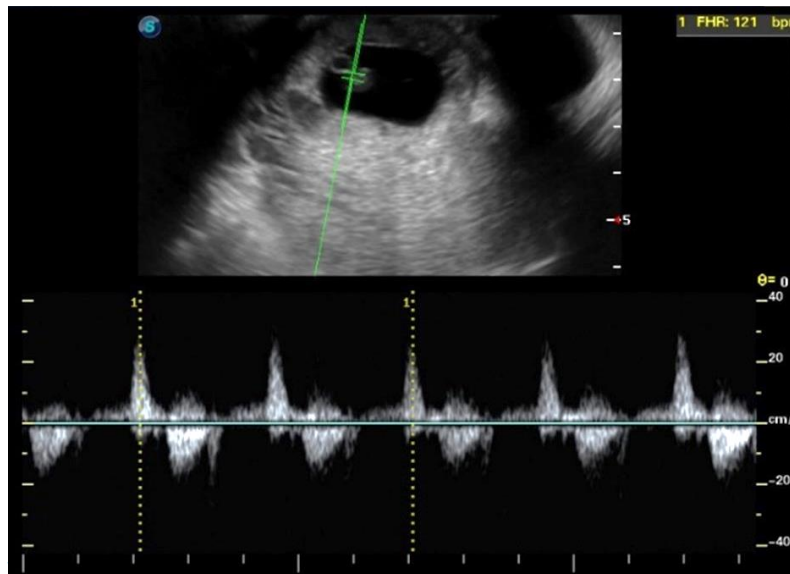


Figura 2. Actividad cardiaca embrionaria.

El saco gestacional en relación con la cicatriz de la cesárea previa. (Figura 3)

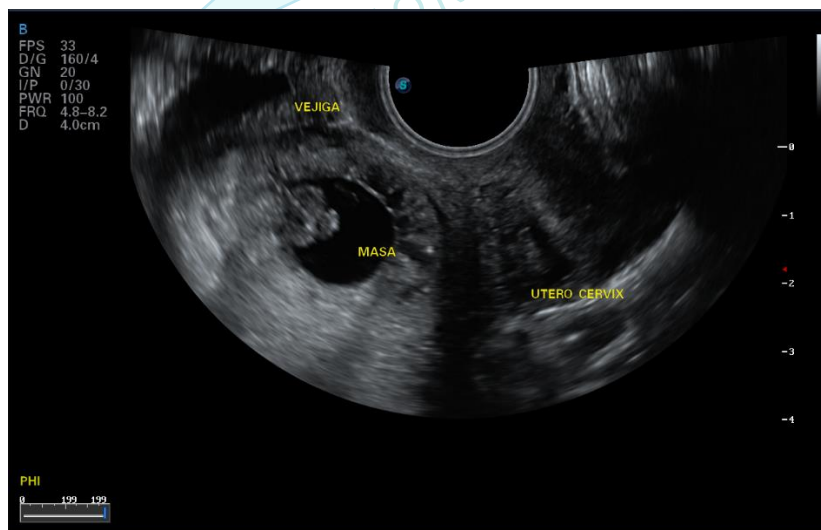


Figura 3. Interrelación del saco gestacional con el miometrio y la vejiga.

Al Doppler se apreciaba una vascularización periférica, con una interrelación del trofoblasto hacia el miometrio peri vesical. (Figura 4)

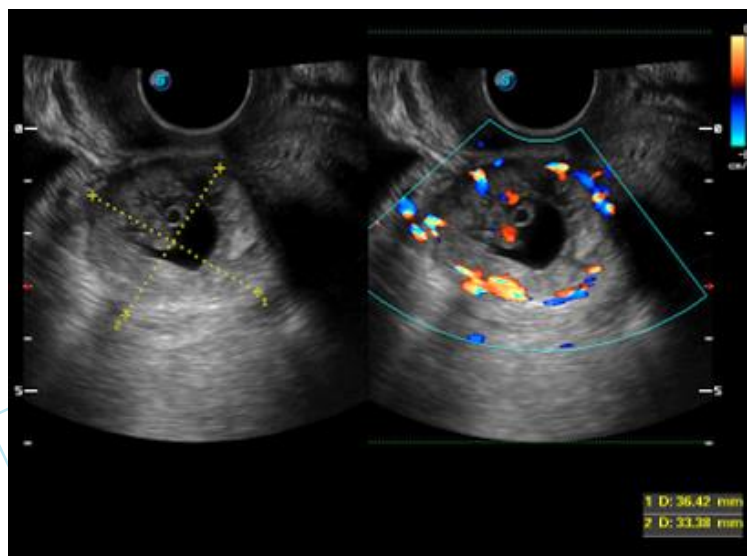


Figura 4. Vascularización periférica del saco gestacional.

Con el diagnóstico de embarazo en cicatriz de cesárea se realizó laparotomía exploratoria. Se encontraron adherencias vesico uterinas en el área central (Figura 5); un útero de 8x4cm con tumoración blanda, violácea de 3x2cm a nivel de la cicatriz de cesárea previa.

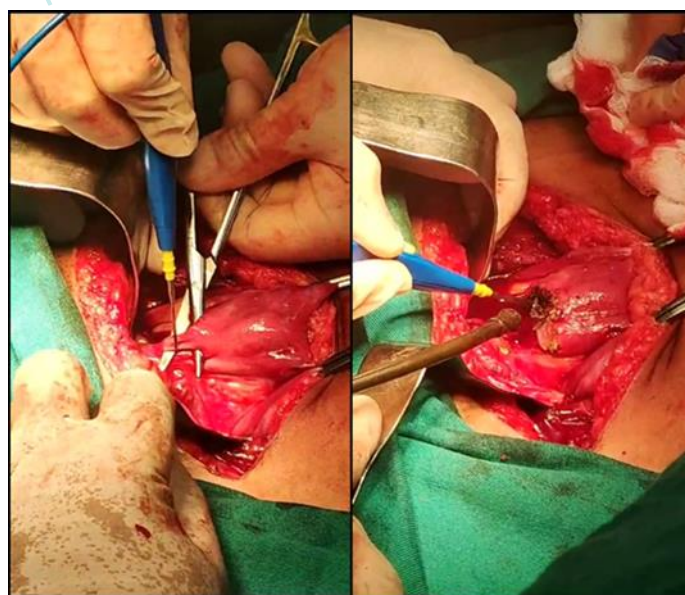


Figura 5. Liberación de adherencias vesico uterinas y control de hemostasia.

Luego de la liberación de las adherencias, se resecó la tumoración que tenía un contenido de aspecto deciduo corial. (Figura 6)



Figura 6. Muestra recepcionada por Anatomía patológica, extracción de embarazo en cicatriz de cesárea.

La paciente evolucionó favorablemente, con alta médica a las 48 horas del post operatorio. El estudio anatómico patológico reportó restos deciduo coriales de la muestra enviada.

DISCUSIÓN

El ECCP es una entidad de reporte poco frecuente. En el Perú solo Tipiani⁽⁴⁾ y Cassana⁽¹⁴⁾ han publicado sus estudios. Esto puede estar en relación con un subdiagnóstico, o a un manejo de los casos en el espectro del aborto, incluso el mismo caso en dos instituciones diferentes; como lo reportado por Cassana⁽¹⁴⁾, con serias complicaciones.

La presentación clínica del caso es similar a la mayoría de los reportes, siendo al igual que lo presentado por Pardina⁽³⁾, Pradillo⁽⁷⁾, Morente⁽⁵⁾, Silva⁽¹⁵⁾, y a nivel nacional Tipiani⁽⁴⁾ y Cassana⁽¹⁴⁾, el sangrado transvaginal, el síntoma más común. Esta expresión clínica estaría relacionada con un desprendimiento de un saco implantado en una zona del miometrio inadecuada, que no brinda el soporte adecuado para el desarrollo de la gestación, el llamado istmocele, por Karakus⁽¹¹⁾, en la cicatriz de cesárea previa.

Los reportes realizados en Asia, como los de Zhang⁽¹³⁾, Lin⁽¹⁰⁾, Ban⁽²⁾, Huo⁽⁹⁾ y Xu⁽⁸⁾, son los de mayor número de casos, por lo tanto, se deben prestar atención a los parámetros ecográficos diagnósticos. Según esta clasificación utilizada en instituciones asiáticas, que es extensa, el caso reportado correspondería a un IIIa; es decir un ECCP exógeno con un saco gestacional menor de 30mm, para diferenciarlo del IIIb, cuyo saco gestacional es mayor o igual a 30 mm de diámetro. Sin embargo, se prefiere usar las clasificaciones empleadas por Silva⁽¹⁵⁾ y Pradillo⁽⁷⁾, estableciendo que el caso reportado es un ECCP exógeno. Esto corroborado por el hallazgo de la circulación periférica, con una interrelación del trofoblasto hacia el miometrio peri vesical.

El diagnóstico de esta patología implica limitantes y experiencia, para llegar a una exactitud. Es por esa razón que el manejo no tiene un protocolo estandarizado. Ni las grandes series reportadas^(2,6,8-10,13), indican un protocolo a seguir. Si bien indican la posibilidad del tratamiento médico local o sistémico, esto dependerá del tipo de población atendida. Se reportan complicaciones graves, como choque hipovolémico y muerte materna, como lo hace Pardina⁽³⁾ y Cassana⁽¹⁴⁾, o fracaso del tratamiento médico, según Rodríguez⁽¹⁾ y Morente⁽⁵⁾. En este caso reportado, la paciente pertenecía a una población de nivel cultural bajo, no se tenía la seguridad de un seguimiento adecuado para la indicación del tratamiento médico. Se escogió la intervención quirúrgica con la finalidad de tener una solución definitiva. Se realizó laparotomía, ya que no se contaba con logística para histeroscopia o laparoscopia de emergencia. Además, esto permitió establecer el diagnóstico definitivo, demostrándose el embarazo por la conclusión anatomo patológica.

Se concluye que esta patología es de frecuencia muy baja, con un diagnóstico que exige una evaluación ecográfica precisa. Además, que a pesar de que el estado hemodinámico era estable la opción quirúrgica en la institución es básica para una solución definitiva y oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Ortiz JA, Díaz RA, Daza MM, Hernández S, Díaz C, Luna PA. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea: reporte de caso y revisión de la literatura. Hospital Simón Bolívar subred norte Bogotá, Colombia. *Revista Med* [Internet]. 2021 Jun 4 [cited 2023 Sep 16];28(2):103–10. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v28n2/1909-7700-med-28-02-103.pdf>
2. Ban Y, Shen J, Wang X, Zhang T, Lu X, Qu W, et al. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy Clinical Classification System With Recommended Surgical Strategy. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2023 May 1 [cited 2023 Aug 9];141(5):927–36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10108840/pdf/ong-141-927.pdf>
3. Pardina Pueyo SI, Alcalá-Santaella D, Jaén Zamora MJ. Gestación ectópica en cicatriz de cesárea previa con desenlace adverso. *Prog Obstet Ginecol* [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 9];65:81–5. Available from: <https://www.mendeley.com/reference-manager/reader-v2/bafe93e4-61b9-3cc2-8a6d-6d7d78bf3bdd/6b1135f0-a686-fe9f-6895-018e03d7629d>
4. Tipiani-Rodríguez O, Elías-Estrada JC, Bocanegra-Becerra YL, Ponciano-Biaggi MÁ. Tratamiento del embarazo ectópico implantado en cicatriz de cesárea: estudio de cohorte 2018-2022, Lima, Perú. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2023 [cited 2023 Aug 9];74(2):128–35. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v74n2/2463-0225-rcog-74-02-3958.pdf>
5. Morente LS, León AIG, Reina MPE, Herrero JRA, Mesa EG, López JSJ. Cesarean scar ectopic pregnancy—case series: Treatment decision algorithm and success with medical treatment. *Medicina (Lithuania)* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2023 Sep 16];57(4). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8068280/pdf/medicina-57-00362.pdf>
6. Miller R, Gyamfi-Bannerman C. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #63: Cesarean scar ectopic pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2023 Sep 23];227(3):B9–20. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002937822004781>
7. Pradillo A T, Sevilla R J, Valdés R ML, Pérez C E, Fraga C S, González R M, et al. Tratamiento del embarazo ectópico en cicatriz de cesárea. Revisión de la literatura a propósito de 3 casos. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug 7];86(1):104–19. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262021000100104
8. Xu Z, Sheng C, Yang Q, Wang J. Analysis of pregnancy outcomes following surgical treatment of cesarean scar pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Sep 29];22(1). Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04965-9>
9. Huo S, Shen L, Ju Y, Liu K, Liu W. Treatments for cesarean scar pregnancy: 11-year experience at a medical center. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 29];36(1). Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/14767058.2022.2162818?needAccess=true>

10. Lin Y, Xiong C, Dong C, Yu J. Approaches in the Treatment of Cesarean Scar Pregnancy and Risk Factors for Intraoperative Hemorrhage: A Retrospective Study. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2021 Jun 24 [cited 2023 Sep 29];8(682368). Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.682368/full>
11. Karakuş R, Karakuş SS, Güler B, Ünver G, Özkaya E. Myometrial thickness overlying cesarean scar pregnancy is significantly associated with isthmocele formation in the third month of the postoperative period. *Journal of Turkish Society of Obstetric and Gynecology* [Internet]. 2021 Mar 12 [cited 2023 Sep 17];18(1):37–43. Available from: http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_46925/TJOG-18-37-En.pdf
12. Morlando M, Buca D, Timor-Tritsch I, Cali G, Palacios-Jaraquemada J, Monteagudo A, et al. Reproductive outcome after cesarean scar pregnancy: A systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 99, *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. Wiley-Blackwell; 2020 [cited 2023 Sep 17]. 1278–1289 p. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/aogs.13918>
13. Zhang X, Pang Y, Ma Y, Liu X, Cheng L, Ban Y, et al. A comparison between laparoscopy and hysteroscopy approach in treatment of cesarean scar pregnancy. *Medicine (United States)* [Internet]. 2020 Oct 23 [cited 2023 Sep 16];99(43):E22845. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7581091/pdf/medi-99-e22845.pdf>
14. Cassana A, Yanque O. Embarazo en cicatriz de cesárea previa: ¿Es siempre quirúrgico? Reporte de un caso. *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2018 Mar 23 [cited 2023 Sep 16];78(4):430. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v78n4/a11v78n4.pdf>
15. Silva B, Viana Pinto P, Costa MA. Cesarean Scar Pregnancy: a systematic review on expectant management. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 2023 Sep [cited 2023 Aug 9];288:36–43. Available from: <https://www.ejog.org/action/showPdf?pii=S0301-2115%2823%2900272-5>