



## clínica e investigación en ginecología y obstetricia

[www.elsevier.es/gine](http://www.elsevier.es/gine)



### CASO CLÍNICO

## Embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea previa. Caso clínico

A. Perales-Puchalt\*, V.J. Diago, A. Plana y A. Perales-Marín

Servicio de Obstetricia, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

Recibido el 19 de junio de 2009; aceptado el 20 de julio de 2009

Disponible en Internet el 21 de diciembre de 2009

#### PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico;  
Cicatriz de cesárea;  
Histerectomía

#### KEYWORDS

Ectopic pregnancy;  
Cesarean scar;  
Hysterectomy

**Resumen** El embarazo ectópico sobre la cicatriz de una cesárea previa es una entidad muy poco frecuente y que se acompaña de complicaciones potencialmente muy graves. 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.

Presentamos un caso de una paciente con embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea previa diagnosticada mediante ecografía transvaginal y tratada mediante histerectomía total por vía abdominal, ya que la paciente no tenía deseo genésico.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

#### Ectopic cesarean scar pregnancy. A case report

**Abstract** Ectopic cesarean scar pregnancy is a very rare process that has the potential for very severe complications. However, due to the low frequency of this entity, there are no clear protocols for its treatment and many different treatment plans, both medical and surgical, are currently applied.

We report the case of a patient with an ectopic pregnancy in a previous cesarean scar, diagnosed by transvaginal ultrasound scan and treated by total abdominal hysterectomy, since the patient did not wish to preserve her fertility.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

### Introducción

El embarazo ectópico sobre la cicatriz de una cesárea previa es una entidad muy poco frecuente. Se estima que su prevalencia oscila entre 1:1.800<sup>1</sup> y 1:2.226<sup>2</sup> embarazos y corresponde solo al 6,1% de los embarazos ectópicos en mujeres con una cesárea previa<sup>2</sup>. Parece ser que su inciden-

cia ha ido en aumento en los últimos años debido al aumento de la realización de cesáreas<sup>3</sup> y a la mayor facilidad para su diagnóstico.

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.

La importancia del embarazo ectópico sobre una cicatriz de cesárea previa reside en la gravedad de sus potenciales complicaciones, entre las que se encuentran la rotura uterina, la hemorragia grave, la predisposición a acretismo

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [frechao@hotmail.com](mailto:frechao@hotmail.com) (A. Perales-Puchalt).

placentario y la pérdida de la fertilidad<sup>4</sup>. Es por lo que un diagnóstico temprano es fundamental para una planificación terapéutica.

Presentamos el caso de una paciente diagnosticada y tratada en nuestro centro.

### Caso clínico

Paciente de 40 años. Antecedentes ginecológicos: anexectomía derecha por quiste ovárico. G3C2. Acude remitida a nuestro hospital con el diagnóstico de posible embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea previa. Clínicamente la paciente se encuentra asintomática.

La ecografía transvaginal (fig. 1) nos informa de saco gestacional con embrión de 15 mm de longitud céfalo-nalga y latido cardíaco positivo sobre el lado derecho de la cicatriz de la cesárea. En la ecografía abdominal (fig. 2) se observa el saco gestacional en el espesor miometrial, a 5 mm de distancia de la vejiga.

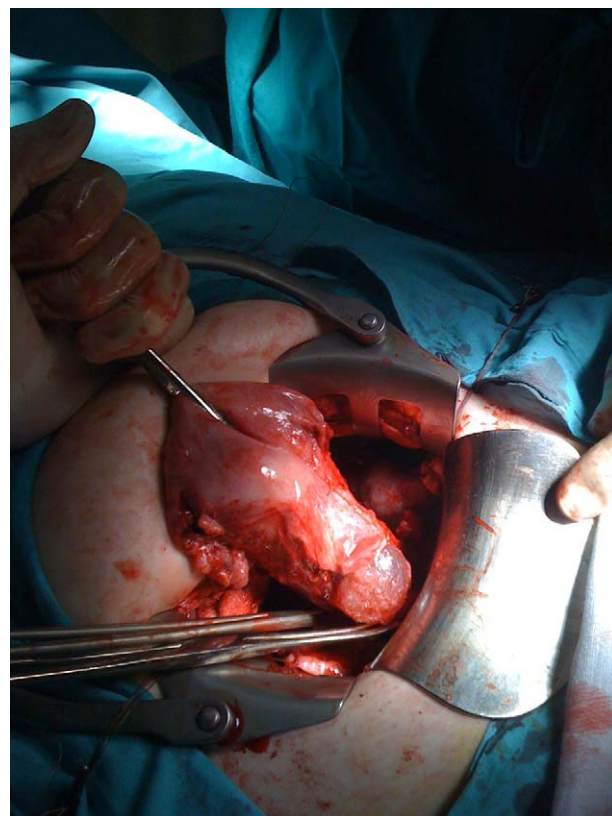
Se comentan el caso y las posibles complicaciones con la paciente y, debido a la ausencia de deseo genésico, se opta



**Figura 1** Ecografía transvaginal, visión longitudinal de útero con gestación en cicatriz de cesárea.



**Figura 2** Ecografía abdominal: visión transversal. Saco gestacional protruyendo desde cicatriz de cesárea hacia vejiga.



**Figura 3** Saco gestacional visible en cara anterior ístmica uterina, tras disecar plica vesicouterina.

por la histerectomía total por laparotomía (3 laparotomías previas transversas bajas) con confirmación de los hallazgos ecográficos y resolución del problema. Durante la realización de la histerectomía, al despegar la plica vesicouterina, se produce la salida del saco gestacional (fig. 3), indicando el riesgo inminente de rotura. El postoperatorio es favorable y tras 3 días de ingreso hospitalario la paciente es dada de alta.

### Discusión

El embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea previa se define como un embarazo localizado sobre la cicatriz de una cesárea previa y completamente rodeado por miometrio y tejido fibroso<sup>5</sup>. Se han propuesto distintos mecanismos de implantación, entre los que se encuentra la migración del embrión a través de un defecto en cuña en el segmento uterino inferior o de una fístula microscópica en la cicatriz<sup>3,6</sup>.

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<sup>7</sup>.

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.

El diagnóstico se realizó de manera incidental mediante ecografía transvaginal. Se ha estimado que la ecografía transvaginal<sup>8</sup> unida al doppler color presenta una

sensibilidad diagnóstica del 86,4%, reservándose otras técnicas diagnósticas, como la resonancia magnética, solo para aquellos casos en los que estas técnicas no consigan un diagnóstico claro ante una fuerte sospecha.

En cuanto al tratamiento, existen grandes controversias ya que, debido a la escasa incidencia de la enfermedad, no se han conseguido establecer unas pautas claras. Lo que sí parece claro es que no se debe recomendar la pauta expectante, dada la gravedad potencial de las complicaciones del cuadro, como la rotura uterina y la hemorragia. En caso de que la paciente no opte por la terminación del embarazo, debe dársele información clara acerca de los peligros de dicha pauta. También es importante valorar el deseo genésico posterior.

La finalización de la gestación se puede llevar a cabo mediante métodos farmacológicos o quirúrgicos. Los distintos artículos publicados no permiten abogar por una pauta general; sin embargo, sí que existen diversas situaciones en las que es más recomendable una modalidad terapéutica que otra. El tratamiento farmacológico es el más utilizado; consiste en la administración de metotrexate de forma sistémica, generalmente a dosis de 1 mg/kg o 50 mg/m<sup>2</sup>. Se ha visto que más del 50% de las pacientes tratadas con esta pauta necesitan un procedimiento secundario para el tratamiento exitoso del embarazo ectópico. También se ha utilizado el metotrexate como tratamiento local intrasacul, así como el cloruro potásico u otros embriocidas. Estos tratamientos se han visto útiles sobre todo en pacientes asintomáticas, de menos de 8 semanas de gestación y de menos de 5.000 UI de  $\beta$ HCG<sup>9</sup>. El tratamiento farmacológico tiene la ventaja de ser menos invasivo. Sin embargo, entre sus desventajas se encuentran la menor seguridad en cuanto a la resolución del proceso, el mayor tiempo para la negativización del nivel de  $\beta$ HCG (en ocasiones, meses o años<sup>2</sup>) y la no resolución de una posible alteración a nivel de la cicatriz de la cesárea, que puede dar lugar, en un futuro, a recurrencias u otros problemas, como acretismo placentario o una mayor facilidad de rotura uterina.

El tratamiento quirúrgico incluye distintas técnicas, entre las que se encuentran la dilatación y legrado, la resección histeroscópica, la resección laparoscópica o laparotómica con resección en cuña de la cicatriz uterina y la histerectomía. El legrado evacuador<sup>3</sup> no se recomienda en ningún caso ya que, al no tener visión de la cavidad y no conocer exactamente la localización del saco gestacional, rara vez consigue resolver esta situación, presentando, no obstante, un riesgo elevado de rotura uterina y hemorragia grave, que pueden obligar a una histerectomía de forma secundaria. La resección histeroscópica<sup>5</sup> puede ser adecuada para el primer tipo de embarazo que describíamos ya que, al crecer hacia el interior, puede accederse a él con facilidad; sin embargo, para el segundo tipo serían más

adecuadas la resección laparoscópica<sup>10</sup> o la laparotomía. La ventaja de la histeroscopia y la laparoscopia es la menor invasividad, presentando un menor sangrado y un menor tiempo de ingreso hospitalario. Sin embargo, la laparotomía presenta la ventaja de poder eliminar el defecto uterino. Todas estas técnicas son adecuadas para mujeres que desean mantener su fertilidad.

En pacientes sin un deseo genésico ulterior, como es nuestro caso, la histerectomía es una técnica adecuada, debido a que solucionas el peligro presente y evitas posibles recurrencias o complicaciones en gestaciones posteriores.

En resumen, a pesar de no existir pautas claras para el tratamiento, sí podemos abogar por tratamientos individualizados para cada paciente en esta patología, dependiendo de sus características personales. La histerectomía total es probablemente el tratamiento más adecuado en aquellas pacientes sin deseo genésico.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Jurkovic D, Ben-Nagi J, Ofilli-Yebovi D, Sawyer E, Helmy S, Yazbek J. Efficacy of Shirodkar cervical suture in securing hemostasis following surgical evacuation of Cesarean scar ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2007;30:95–100.
2. 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.
3. Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *BJOG.* 2007;114:253–63.
4. Yáñez MR, Martínez BP, Ibáñez DY, Benavides BC, Vega CA. Embarazo ectópico ístmico-cervical en cicatriz de cesárea previa. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2007;72:176–89.
5. Deans R, Abbott J. Hysteroscopic management of cesarean scar ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 2009.
6. Marchiolé P, Gorlero F, de Caro G, Podestà M, Valenzano M. Intramural pregnancy embedded in a previous Cesarean section scar treated conservatively. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004;23:307–9.
7. Vial Y, Petignat P, Hohlfield P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000;16:592–3.
8. Einkenkel J, Stumpp P, Kösling S, Horn LC, Höckel M. A misdiagnosed case of caesarean scar pregnancy. *Arch Gynecol Obstet.* 2005;271:178–81.
9. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Herman A. Ectopic pregnancies in a Cesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. *Hum Reprod Update.* 2004;10:515–23.
10. Wang CJ, Chao AS, Yuen LT, Wang CW, Soong YK, Lee CL. Endoscopic management of cesarean scar pregnancy. *Fertil Steril.* 2006;85:494.