

EMBARAZO ECTÓPICO EN LA CICATRIZ DE CESÁREA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Fecha de aceptación: 02/09/2024

María Jesús Vilches Lagos

Médico/a general, Facultad de Medicina
Universidad De Santiago De Chile, Chile

Camila Belén Silva González

Médico/a general, Facultad de Medicina
Universidad De Santiago De Chile, Chile

Ariel Fabián Reyes Morales

Médico/a general, Facultad de Medicina
Universidad De Santiago De Chile, Chile

RESUMEN: Los embarazos ectópicos representan el 2% de los embarazos, dentro de estos el embarazo en la cicatriz de cesárea es una entidad rara con una gran morbimortalidad materna. Presentamos el caso de una paciente femenina 29 años G6P1A5 con el diagnóstico de embarazo en la cicatriz de cesárea de 6 semanas asintomática diagnosticada con ecografía transvaginal. Por el deseo de fertilidad futura de la paciente se decide realizar manejo médico con metotrexato. El objetivo de este trabajo es mostrar el uso del manejo médico como única terapia en el embarazo en la cicatriz de cesárea de forma exitosa.

PALABRAS CLAVE: Embarazo ectópico. Aborto inducido. Embarazo con cicatriz de cesárea. Tratamiento médico.

ABSTRACT: Ectopic pregnancies account for 2% of all pregnancies, and among them, cesarean scar pregnancy is a rare entity associated with high maternal morbidity and mortality. We present the case of a 29-year-old patient G6P1A5 diagnosed with an asymptomatic cesarean scar pregnancy at 6 weeks of amenorrhea by transvaginal ultrasound. Due to the patient's desire for future fertility, it was decided to use medical management with methotrexate. The aim of this work is to demonstrate the successful use of medical management as the sole therapy for a cesarean scar pregnancy.

KEYWORDS: Ectopic pregnancy. Abortion induced. Cesarean scar pregnancy. Medical management.

INTRODUCCIÓN

Los embarazos ectópicos (EE) ocurren en 2% de los embarazos, 95% en trompas uterinas y solo 2% en cicatriz de cesárea (CC), existiendo 2 tipos; tipo 1: implantación en tejido cicatricial que progresa hacia cavidad uterina; tipo 2: implantación en incisión mal cicatrizada y progresa hacia la vejiga. Es una situación

de gran morbimortalidad materna, con alto riesgo de histerectomía y pérdida de fertilidad a futuro. Un cuarto de las pacientes son asintomáticas y el resto se manifiesta como sangrado genital o dolor pélvico.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 29 años G6P1A5, con antecedente de preeclampsia, parto prematuro y mola hidatiforme en segundo embarazo, hipertensión arterial crónica y deficiencia del factor V de Leiden es derivada desde COPAR con embarazo de 6+6 semanas, con saco gestacional de 10 mm (Fig. 1) con embrión único con latidos cardiotetales, en tercio inferior del útero a nivel de cicatriz de cesárea anterior según ecografía transvaginal (ETV), asintomática.



Fig. 1 Saco gestacional de 10 mm y saco vitelino de 2,5 mm ubicado a tercio inferior del útero a nivel de cicatriz de cesárea a 5 mm del peritoneo visceral

Se hospitaliza para manejo médico por deseo de fertilidad futura de la paciente; al ingreso destaca BHCG 14.948 mUI/ml y hemograma normal. Se administra dosis de 90 mg de Metotrexato (MTX) y Ácido Fólico bien tolerado por la paciente. Al día 3 se repite dosis de MTX. El día 5 se comprueba desprendimiento parcial de saco gestacional sin presencia de embrión, asociado a una baja del 15% de B-HCG. Al día 7 se repite dosis de MTX por BHCG estacionaria, sin complicaciones. El día 39 muestra BHCG en 79.9. Se continúa seguimiento mensual hasta la negativización de BHCG. Paciente firma consentimiento para divulgación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El embarazo en CC es relevante por la morbimortalidad y fertilidad, el diagnóstico se realiza mediante ecografía precoz y niveles de BHCG. Su severidad se clasifica según grado de invasión trofoblástica en miometrio y órganos adyacentes. El tratamiento para pacientes hemodinámicamente inestables es abordaje quirúrgico por laparotomía mientras que en pacientes hemodinámicamente estables el tratamiento es quirúrgico con abordaje vaginal con 12% de fallo. El manejo médico tiene una falla de 25% con 13% de complicaciones. Sin embargo, a pesar de las diferencias de tasas de éxito y fallo de cada método, los datos son limitados por la poca cantidad de casos publicados, por lo que el manejo de elección depende de la clínica y preferencia de la paciente.

REFERENCIAS

1. Vergara P, Sepulveda A, Parra M. Embarazo ectópico cervical y cicatriz de cesárea. Diagnóstico y manejo. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. 2019;30(1):57–70.
2. Miller R, Timor E, Gyamfi C. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #49: Cesarean scar pregnancy. *Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM)*. 2020;222(5):B2–B14.