

Embarazo en cicatriz uterina previa asociado a placenta altamente invasiva con diagnóstico en primer trimestre: reporte de un caso y revisión de la literatura

Favela-García María Lilia¹, Martínez-Aragón Griselda Yadira², Zuñiga-Guzmán Areli Mariana³, Ramírez-Santes Víctor Hugo⁴, Rodríguez-Bosch Mario Roberto⁵

1. Residente de primer año de Ginecología y Obstetricia, INPer 2. Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia, INPer, 3. Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia, INPer, 4. Jefe de Departamento de Obstetricia, INPer 5. Subdirector de Ginecología y Obstetricia, INPer.

Introducción

El embarazo en cicatriz uterina previa, se refiere a la implantación anormal del saco gestacional en la zona de la cicatriz de la cesárea anterior. El aumento en número de cesáreas en los últimos años ha llevado a una mayor incidencia de embarazos en la cicatriz uterina previa, aumentando las complicaciones maternas como son la placenta adherente mórbida, la ruptura uterina, la hemorragia severa, la muerte fetal, la prematuridad y la cesárea-histerectomía. La incidencia estimada de embarazo en cicatriz previa es de 1:1800-1:2000 embarazos después de una cesárea reportándose en un 52%. (1-4)

Objetivo

Presentar el caso clínico de una paciente atendida en el Instituto Nacional de Perinatología con embarazo en cicatriz uterina previa y datos de acretismo placentario.

Caso clínico

Femenino de 36 años, acude al Instituto Nacional de Perinatología, referida por ultrasonido que reporta embarazo ectópico cervical vs datos de acretismo placentario de 9.5 semanas. Como antecedentes gineco-obstétricos presenta dos cesáreas previas (2005, 2010) y dos abortos que requirieron legrado uterino instrumentado (2008, 2021). Durante la exploración física abdomen sin datos de irritación peritoneal, a la especuloscopia cervix que aparenta cerrado, sin sangrado, canal vaginal sin alteraciones. Se realiza ultrasonido a cargo de medicina materno fetal que reporta Feto vivo intrauterino de 12.4 SDG por LCC, con placenta corporal anterior izquierda que desplaza el cervix en sentido lateral derecho.

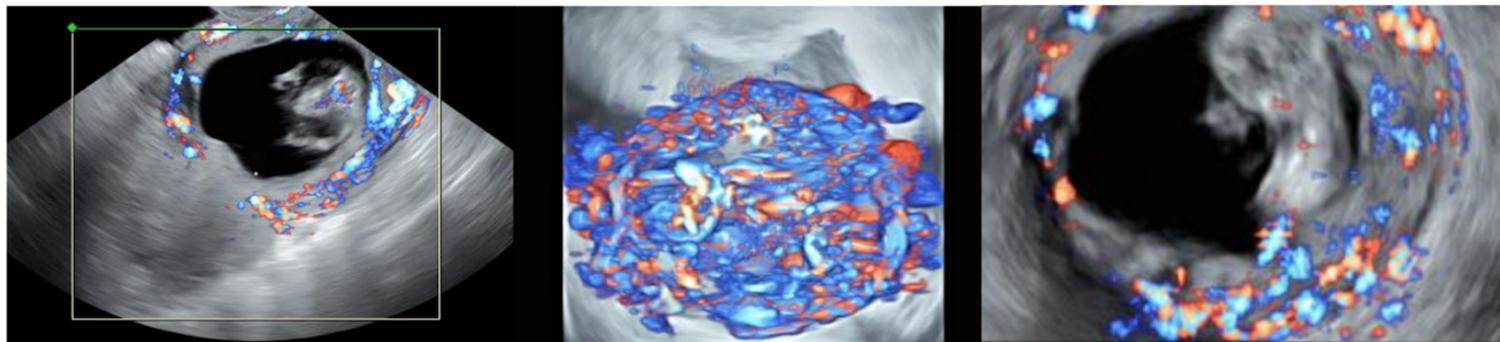


Imagen 1. Presencia de pérdida de la "clear zone", adelgazamiento miometrial, lagunas placentarias anormales, abultamiento placentario. Valoración doppler: hipervascularidad uterovesical e hipervascularidad subplacentaria.

Se observa pérdida de la "clear zone", adelgazamiento miometrial, lagunas placentarias anormales, abultamiento placentario, con valoración Doppler, hipervascularidad útero-vesical e hipervascularidad subplacentaria. Se observa abultamiento en fondo uterino a diferenciar segundo cuerpo uterino. Concluye probable placenta altamente invasiva, a descartar probable malformación mülleriana con probable útero didelfo vs bicorne (**Imagen 1**). La resonancia magnética reporta embarazo intrauterino de inserción baja a nivel de cuello-istmo de 8x6.8x7.9 cm, alta sospecha de acretismo placentario por adelgazamiento miometrial y pérdida de la interfaz miometrio-decidual (**Imagen 2**). Se realiza sesión de casos complejos donde se concluye un embarazo en cicatriz previa de 12.4 SDG por LCC, con placenta altamente invasiva, por lo que se realiza asesoramiento sobre los riesgos y desenlaces perinatales asociados, ofreciendo interrupción del embarazo, sin embargo paciente y familiar desean continuar con la gestación. La paciente continua en control prenatal de alto riesgo hasta la fecha del presente caso.

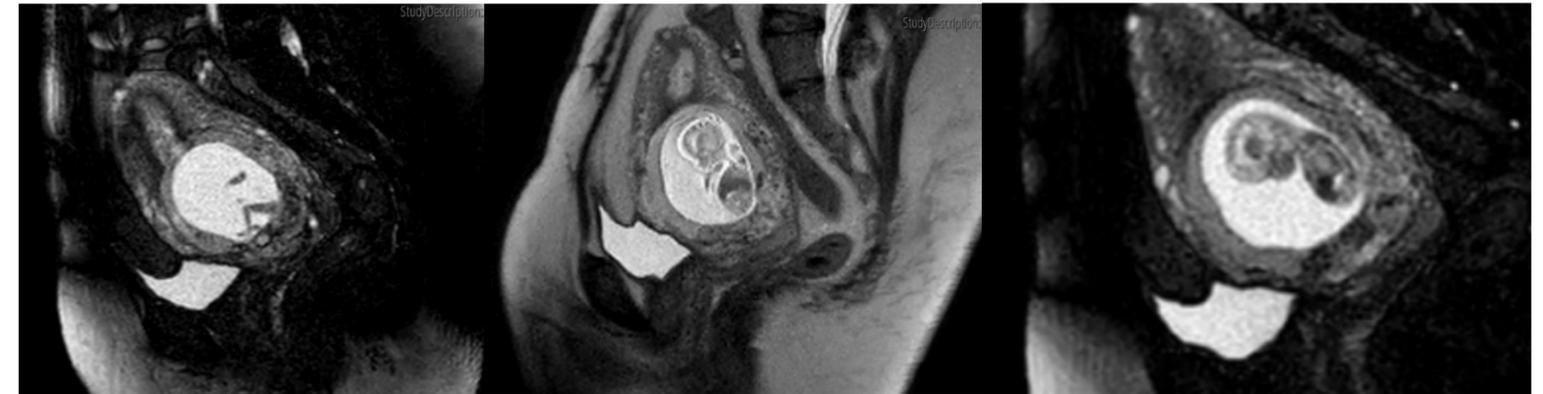


Imagen 2. RMN Embarazo intrauterino de inserción baja a nivel de cuello-istmo con dimensiones de 8x6.8x7.9 cm. Alta sospecha de acretismo placentario por el adelgazamiento miometrial y la pérdida de la interfaz miometrio-decidual.

Discusión

Los embarazos en cicatriz previa involucran desde la implantación parcial sobre la cicatriz hasta los que se implantan por completo dentro de la dehiscencia, con posible protrusión a la interfase vesicouterina o parametrio, esto por el desarrollo defectuoso de la decidua basal, que permite la invasión del miometrio por tejido trofoblástico. La placenta previa y la cirugía uterina previa representan los principales factores de riesgo. El embarazo en cicatriz previa es precedente del espectro de placenta mórbidamente adherida, y los avances en las técnicas de imagen prenatal han llevado a un aumento en su diagnóstico, sin embargo la asociación entre el embarazo en cicatriz previa y el espectro de placenta mórbidamente adherida cae en la disyuntiva de la interrupción del embarazo, como opción terapéutica debido al alto riesgo de complicaciones, tal como riesgo de muerte materna por rotura uterina del 13 al 14% aunado a la escasa evidencia sobre la progresión a un embarazo viable. La ecografía transvaginal en modo B bidimensional o junto con la ecografía tridimensional y el Doppler color se considera como el estándar de oro para el diagnóstico de embarazo en cicatriz previa, además de la resonancia magnética, ya que excluyen otras causas de implantación anormal del saco gestacional, como son las malformaciones müllerianas, ante la duda diagnóstica de estas. El manejo de esta entidad depende de la edad gestacional al momento de la evaluación, el grosor miometrial residual, la vascularización alrededor del saco gestacional, el nivel de invasión del trofoblasto en el miometrio, la ubicación del saco gestacional en relación con la 'línea de la cavidad uterina' y/o la 'línea serosa', los signos de espectro de placenta accreta y el deseo del paciente después de la consejería basada en la evidencia. (1-5)

Conclusión

Se requieren de estudios de mujeres con cesárea previa evaluadas desde el primer trimestre para estimar incidencia real de esta entidad y su evolución, con el fin de asesorar de manera adecuada a las pacientes con un diagnóstico prenatal de esta afección, sin embargo debe enfatizarse que la evolución más probable del embarazo en la cicatriz previa es hacia una invasión severa, lo que eventualmente resulta en complicaciones que amenazan la vida.

Referencias

1. Cali G, Forlani F, Timor-Tritsch IE, Palacios-Jaraquemada J, Minneci G, D'Antonio F. Natural history of Cesarean scar pregnancy on prenatal ultrasound: the crossover sign. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2017
2. Kaelin Agten A, Cali G, Monteagudo A, Oviedo J, Ramos J, Timor-Tritsch I. The clinical outcome of cesarean scar pregnancies implanted "on the scar" versus "in the niche". *Am J Obstet Gynecol.* 2017
3. Cali G, Calagna G, Polito S, et al. First-trimester prediction of uterine rupture in cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2022
4. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. *Am J Obstet Gynecol* 2012
5. Jordans IPM, Verberkt C, De Leeuw RA, et al. Definition and sonographic reporting system for Cesarean scar pregnancy in early gestation: modified Delphi method. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022