



# EMBARAZO EN LA CICATRIZ DE CESÁREA PREVIA REPORTE DE UN CASO

**INTRODUCCIÓN** La gestación implantada sobre cicatriz de cesárea previa es una forma poco habitual de embarazo ectópico, cuya incidencia ha aumentado en los últimos años debido al aumento en número de cesáreas. Precisa de un diagnóstico temprano para minimizar las posibles complicaciones, se estima que ocurre en 1 de cada 2000 gestaciones y representa el 6% de las gestaciones ectópicas. El primer caso descrito en la literatura médica fue en 1978, por Larsen y Solomon.

**CASO CLÍNICO** Paciente de 40 años gesta 3 cesárea 1 aborto 1, ingresa por sangrado transvaginal de dos semanas de evolución y sonografía con reporte saco gestacional intrauterino colapsado de 54x46x42 mm y cuantificación de gonadotropinas en 13,764.00 mUI/ml. Se realiza legrado uterino instrumentado sin encontrar restos placentarios únicamente con sangrado escaso, por lo que se realiza laparotomía exploradora por alta sospecha de embarazo ectópico, encontrando síndrome adherencial severo sin localizar embarazo extrauterino. Se solicita cuantificación de gonadotropina a las 24 horas con disminución del 35% en 10, 187 mUI/ml y a las 48 horas en 2647 mUI/ml y sonografía de control que reporta útero con línea endometrial de 10 mm sin evidencia de embarazo extrauterino; se egresa paciente con alta sospecha de evacuación de aborto incompleto confirmando por patología, endometrio secretor gestacional, decidua y vellosidades coriónicas. Se reaccaba cuantificación a los 12 días de 3231 mUI/ml y a los 25 días postevacuación de 6288 mUI/ml. Solicitando sonografía y TAC cual reporta cavidad endometrial con áreas hipoeoicas de contenido quístico en su interior de 40\*30\*44 mm que codifica al doppler sin lograr delimitar interlínea de tejido trofoblástico normal y miometrio por lo que no se descarta embarazo molar. Se decide realizar histerectomía total reportando útero de 10x5 cm con tumoración de 3x4 cm que no compromete serosa. Se egresa paciente sin complicaciones en su seguimiento encontramos, cuantificación de gonadotropinas a los 12 días de 196.16 mUI/ml y reporte de patología con embarazo en la cicatriz de pared de segmento inferior. Se cita a los 30 días con gonadotropinas con valor de 2.39 mUI/ml se decide alta del servicio.

**DISCUSIÓN** El embarazo ectópico es la causa principal de muerte en el primer trimestre, y ocurre en aproximadamente el 2% de los embarazos. Se localizan con mayor frecuencia en la trompa de Falopio, con un 75-80% en la porción ampular, un 10% en la porción ístmica, un 5% en el extremo fimbrial, 2-4% en el extremo intersticial, también conocido como ectópico cornual, y 0.5% en el ovario. Los embarazos ectópicos en cicatriz de cesárea y cervicales son raros correspondiendo al 0.15%. El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea es un tipo inusual de ectópico donde el saco gestacional invade el miometrio a través de un defecto microscópico en la cicatriz, secundario a una vascularización deficiente del segmento uterino inferior con fibrosis posterior y cicatrización incompleta. El ultrasonido es la modalidad de diagnóstico principal. El Doppler color puede mejorar la capacidad de diagnóstico de la ecografía endovaginal al demostrar la perfusión peritroblástica que rodea el saco gestacional.

**CONCLUSIÓN** : Se trata de una entidad poco frecuente, que va en aumento debido a la elevada incidencia de operación cesárea. No existen guías universales de tratamiento y no existe consenso en cuanto al tratamiento de elección debido a su baja frecuencia. Cada caso ha de individualizarse según la edad gestacional, la paridad, la gestación única o heterotópica con gestación intrauterina viable o no, situación hemodinámica de la paciente. Se ha informado sobre el uso de metotrexato sistémico, inyección local de embriones, aspiración de saco quirúrgico, evacuación histeroscópica, extirpación laparoscópica, tratamiento quirúrgico abierto ( evacuación y reparación de defecto uterino ) e histerectomía. El diagnóstico oportuno evitará complicaciones mayores.

