

CONCURSO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN BASICA PRESENTADOS POR ESCRITO “CARLOS ESPINOSA FLORES”

EMBARAZO ECTOPICO SOBRE CICATRIZ DE CÉSAREA PREVIA: REPORTE DE UN CASO

VALDOVINOS ADA CATALINA ;; VÉRTIZ LÓPEZ LUCERO .

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico sobre la cicatriz de una cesárea previa es una entidad muy poco frecuente y potencialmente mortal, debido a una implantación anormal del saco gestacional dentro del miometrio y el tejido fibroso de la cicatriz.

La prevalencia oscila entre 1:1800 y 1:22 embarazos, y corresponde solo al 6.1% de los embarazos ectópicos en mujeres con una cesárea previa.

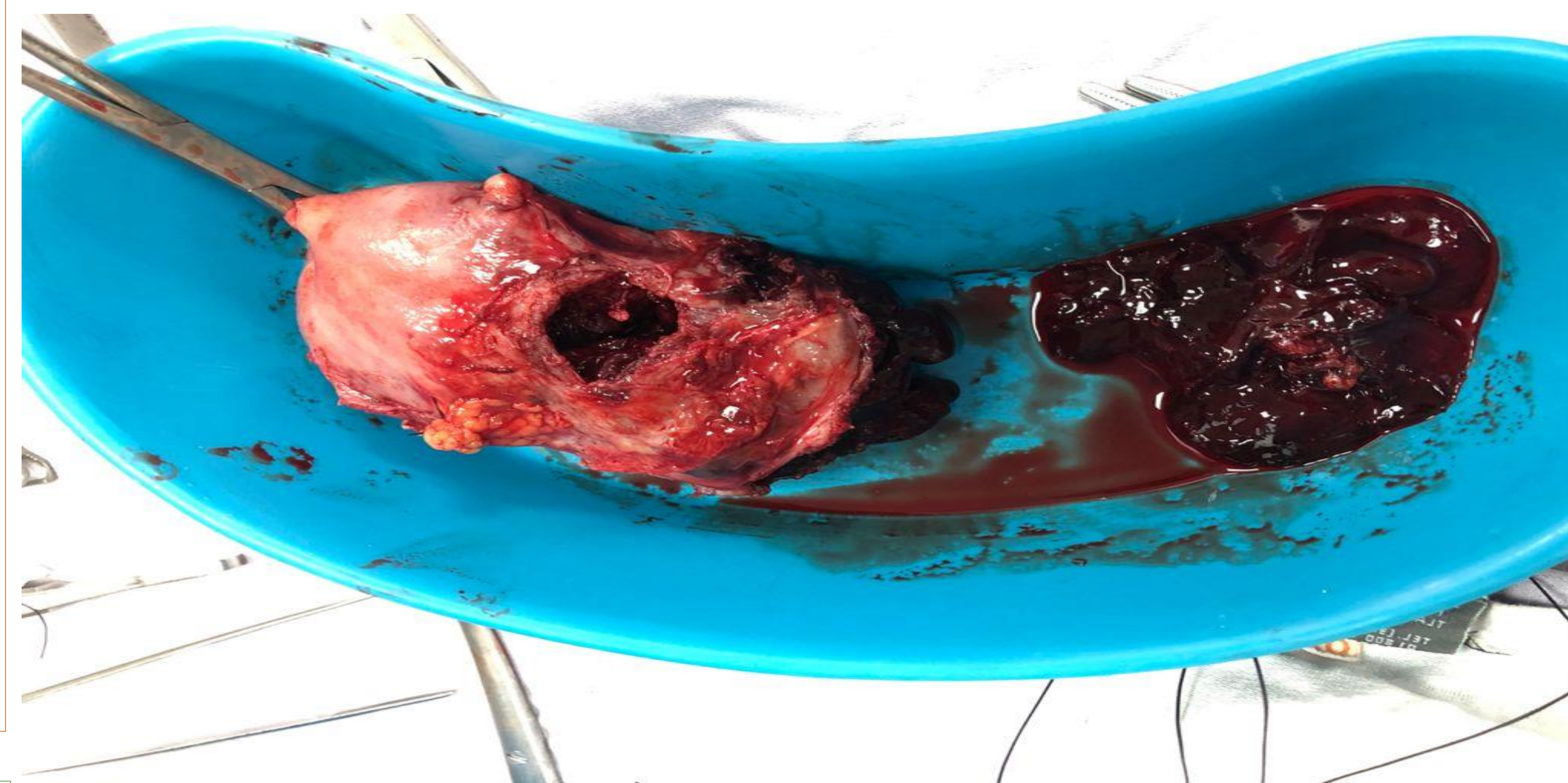
Se han descrito dos tipos, uno que crece hacia la cavidad uterina (pudiendo llegar a término) y el otro que crece hacia el exterior dando lugar a una rotura uterina o a la invasión de otras estructuras pélvicas.

OBJETIVO

Relevancia de realizar abordaje temprano ecosonografico para identificación de hallazgos que puedan tener una evolución favorable y preservar la fertilidad

BIBLIOGRAFÍA

- A. Perales-Puchalt, V. D.-M. (2011). Embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea previa. Caso clínico. *Clínica e Investigación en Ginecología Y Obstetricia* , 65-67.
- Blanca Ferri Folcha, P. (2013). Embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea. *Diagnóstico Prenatal*, 166-169.
- Jorge Augusto Rodríguez Ortiza, R. A. (2021). Embarazo ectópico en cicatriz de Césarea: Reporte de caso y revisión de literatura . *Rev.Med*, 103-110.
- Raquel Navas-Campo, L. M. (2021). Embarazo ectópico sobre cicatriz uterina por cesárea. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba.* , 439-440



PRESENTACION DE CASO CLINICO

G.P.M.H, Femenina de 28 años de edad, Gesta 4, Cesáreas 3, sin método de planificación familiar, la cual inicia con padecimiento actual el 26.06.2021 con sangrado transvaginal abundante y dolor abdominal localizado en hipogastrio, se valora previamente en clínica de Seguro Social en donde se realiza HGC con resultado positivo, por lo que se realiza LUI con sangrado estimado de 550 cc, posterior al evento la paciente inicia con Hemorragia obstétrica, por lo cual se coloca balón intrauterino y se envía a unidad de 3er nivel

Tras primera valoración en urgencias ginecología de HGO, la paciente presenta datos de bajo gasto hemodinámico con signos vitales a su ingreso de TA 80/40mmHg, FC 114 lpm, FR 21 lpm, Temp 36.3°C, llenado capilar 4 seg, se evidencia abundante líquido libre en cavidad abdominal mediante rastreo ultrasonográfico, y sangrado transvaginal abundante, motivo por el cual pasa a LAPE bajo técnica de Anestesia General balanceada, en donde se encuentra dehiscencia de histerotomía por lo que se realiza Histerectomía subtotal con un sangrado aproximado de 1200 cc

RESULTADOS

Se envía Muestra de Útero a patología en donde se reporta Embarazo ectópico ístmico roto, vellosidades coriales secundarias, con infartos fibrinoides y hemorragia intervallosa, endometrio con reacción de arias-stella y reacción decidualiforme del estroma

CONCLUSIONES

Dado lo inespecífico de la clínica en la mayoría de los casos, la sospecha diagnóstica debe realizarse lo antes posible en pacientes con factores de riesgo asociados, mediante un examen ultrasonográfico temprano. Su Diagnóstico y tratamiento precoz puede prevenir complicaciones como hemorragia, Ruptura uterina y preservar la Fertilidad. Se ha estimado que la ecografía transvaginal unida al doppler color presenta una sensibilidad diagnóstica del 86.4%, pudiendo de esta manera actuar de manera oportuna y logrando una evolución favorable de nuestras pacientes

El tratamiento debe de ser individualizado valorando el estado materno por su estabilidad hemodinámica, el tamaño del saco y del embrión, la edad gestacional, el grado de invasión miometrial, el deseo genésico de la paciente y la capacidad de actuación y experiencia de cada equipo. Se ha propuesto la posibilidad de tratamiento farmacológico con metrotexate o quirúrgico con extirpación de la zona afectada.

No existe un consenso en cuanto al tratamiento más adecuado, la gran mayoría de los autores defienden la finalización de la gestación durante el primer trimestre debido al riesgo que conlleva el progreso del embarazo, con elevada morbimortalidad materna, en el caso clínico presentado nuestra paciente presentaba una ruptura uterina y hemorragia obstétrica, por lo cual se decide realizar Histerectomía subtotal ante el escenario clínico.