

UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ UTERINA.
REPORTE DE CASO”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

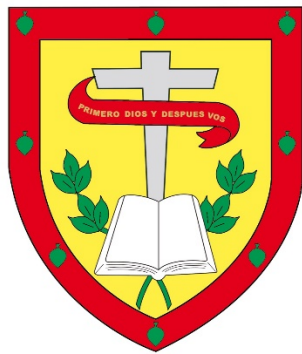
AUTOR: MATEO DAVID BARROS CULCAY

DIRECTOR: DR. ESTEBAN RIGOBERTO GUERRERO CEVALLOS

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ UTERINA.
REPORTE DE CASO”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: MATEO DAVID BARROS CULCAY

DIRECTOR: DR. ESTEBAN RIGOBERTO GUERRERO CEVALLOS

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Mateo David Barros Culcay portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0104591607**. Declaro ser el autor de la obra: **“Embarazo ectópico en cicatriz uterina. Reporte de caso”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 30 de julio de 2024

F:  M.B.

MATEO DAVID BARROS CULCAY
C.I. **0104591607**

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Embarazo ectópico en cicatriz uterina. Reporte de caso**" realizado por **Mateo David Barros Culcay** con documento de identidad **No. 0104591607**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 30 de julio de 2024

F:



Dr. Esteban Rigoberto Guerrero Cevallos
DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

En primera instancia a Dios por haberme permitido llegar a este maravilloso momento de mi vida y por ser parte fundamental de mi formación tanto personal como académica.

A mis padres, que son los responsables del hombre en el que me he convertido, por enseñarme a valorar la vida, su gran esfuerzo y sobre todo enseñarme a perseguir mis sueños para que pueda cumplirlos sin importar el tiempo y sacrificio que conlleva, que un resbalón no es caída, gracias por apoyarme en todo momento, por brindarme esos sabios consejos, por alentarme y por el gran esfuerzo que han hecho para que hoy pueda cumplir mis más grandes anhelos.

A mi hermano, por todo su apoyo que me ha brindado en todo momento, por estar siempre acompañándome sin importar cuán difícil sea, por sus palabras de aliento que me impulsaron a seguir adelante.

Por último, a toda mi familia y amigos que siempre me apoyaron y alentaron a seguir adelante para que pueda cumplir mis sueños.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia quiero agradecer a Dios por permitirme estar donde estoy, por guiarme y bendecirme a lo largo de todo este tiempo, a mis padres por ser mi principal apoyo y mi mayor inspiración para seguir adelante, por el gran esfuerzo que han hecho para que yo pueda llegar hasta aquí, a mi hermano que de igual manera siempre me alentó para que pueda cumplir todos mis propósitos. A mi enamorada quién me ha acompañado en todo momento y ha sido un pilar fundamental para mí. A mi familia y amigos más cercanos que siempre estuvieron apoyándome a la distancia, no tengo palabras para agradecerles a todas y cada una de las personas por toda su ayuda desinteresada y por su gran cariño que siempre me han brindado. Gracias infinitas.

Así mismo, quiero agradecer al Doctor Esteban Guerrero, mi tutor, quien ha sabido guiarme y apoyarme en todo momento, que gracias a todos sus consejos y experiencia profesional he podido terminar este proyecto de investigación.

RESUMEN

Antecedentes: el embarazo ectópico en presencia de cicatriz uterina en cesárea previa es considerado como un problema poco frecuente, el cual se acompaña de complicaciones potencialmente graves; esta patología es de las primeras causas de morbi-mortalidad materna en el primer trimestre de gestación, por tal motivo se considera que un diagnóstico y tratamiento precoz son sumamente necesarios para prevenir complicaciones posteriores.

Presentación de caso: paciente femenina multigesta de 39 años de edad, gestas: 05, partos: 00, abortos: 02, cesáreas: 02, hijos vivos: 02, hijos muertos: 00; se presenta al área de salud refiriendo dolor abdominal de característica tipo cólico localizado en zona hipogástrica, el cual se irradia hacia zona lumbar de gran intensidad 8/10 según EVA, por lo que es ingresada en casa de salud. Se le realiza ecografía transvaginal, la cual reporta gestación temprana de 8 semanas 1 día más implantación ectópica. Como tratamiento en primera instancia se decide por un manejo expectante a base de metotrexato además de prostaglandina sin resolución de cuadro. Médicos tratantes de ginecología por consenso deciden realizar aspiración manual endouterina para evacuación de producto.

Conclusiones: el embarazo ectópico destaca una gran complejidad en esta condición obstétrica que es una cicatriz post cesárea en el útero, puesto que la viabilidad fetal es nula. Un diagnóstico temprano, la elección adecuada de tratamientos y la consideración de riesgos futuros son fundamentales en la atención de estas pacientes.

Palabras clave: cesárea de repetición, diagnóstico, embarazo ectópico, legrado por aspiración.

ABSTRACT

Background: Ectopic pregnancy in the presence of uterine scar in a previous cesarean section is considered a rare problem, which is accompanied by potentially serious complications. This pathology is one of the first causes of maternal morbidity and mortality in the first trimester of pregnancy. As a result, early diagnosis and treatment are essential to prevent later complications.

Case presentation: A multi-pregnant female patient who is 39-year-old; pregnancies: 05; births: 00; abortions: 02; cesarean sections: 02; living children: 02; dead children: 00. She attended the health area reporting abdominal pain with a colic-like characteristic located in the hypogastric area, which radiated to the lumbar area; the pain was of great intensity 8/10 according to VAS; thus she was admitted to the health center. A transvaginal ultrasound was performed, which reported an early gestation of 8 weeks one day plus ectopic implantation. As a treatment, in the first instance, expectant management based on methotrexate was considered, in addition to prostaglandin was decided without resolution of the condition. Gynecology treating physicians, by consensus, decide to perform manual uterine aspiration to evacuate the product.

Conclusions: Ectopic pregnancy highlights a great complexity in this obstetric condition, which is a post-cesarean scar in the uterus since fetal viability is zero. Early diagnosis, appropriate choice of treatments, and consideration of future risks are essential in the care of these patients.

Keywords: repeat cesarean section, diagnosis, ectopic pregnancy, aspiration curettage.

ÍNDICE

<i>RESUMEN</i>	7
<i>ABSTRACT</i>	8
<i>INTRODUCCIÓN</i>	11
<i>REPORTE DEL CASO</i>	13
Información del paciente	13
Hallazgos clínicos	13
Línea de tiempo	14
Evaluación diagnóstica	15
Intervención terapéutica	16
Seguimiento y resultados	17
<i>DISCUSIÓN</i>	18
<i>CONCLUSIONES</i>	22
<i>CONFLICTO DE INTERESES</i>	22
<i>GLOSARIO</i>	26
<i>ANEXOS</i>	27

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Línea de tiempo.....	14
Tabla 2. Exámenes complementarios.....	15

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ecografía transvaginal.	16
--	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Flujograma.....	27
Anexo 2. Consentimiento informado	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 3. Biometría hemática.....	27
Anexo 4. Función renal	27
Anexo 5. Química sanguínea	28
Anexo 6. Reactantes de fase aguda	28
Anexo 7. Serología.....	28
Anexo 8. Uroanálisis	28

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico presente en cicatriz uterina por cesárea previa es un problema de salud pública, ya que se lo considera como una complicación poco frecuente, puesto que puede ocurrir entre 1 a 2% de todos los embarazos, en donde existe una implantación del saco gestacional en el interior del imperfecto del miometrio (1,2). Esta patología es descrita por algunos autores como una complicación retardada de una cesárea (3,4). Esta complicación es de las primeras causas de morbilidad de la madre en los primeros meses de la gestación (5). El diagnóstico y tratamiento precoz es necesario para poder prevenir posteriores complicaciones como hemorragia, rotura uterina y hasta llegar a poder preservar la fertilidad (5,6).

La prevalencia oscila entre alrededor de 1:1800 y 1:2226 embarazos. Tan solo el 6,1% de estos embarazos va a corresponder a un embarazo ectópico en cicatriz uterina previa (5). Su incidencia va en creciente, debido al aumento de cesáreas y por las técnicas mejoradas que facilitan su diagnóstico (5,7). Esta patología, puede presentarse con sangrado vaginal acompañado en algunos casos de dolor abdominal, un tercio de las pacientes pueden ser asintomáticas en el momento del diagnóstico (7). A pesar de las múltiples cesáreas repetidas, estas no aumentan el riesgo de un embarazo en la cicatriz. Después de una sola cesárea previa, se produce una separación entre una interrupción entre las capas internas del útero (miometrio y endometrio), lo que puede aumentar su predisposición a una implantación del óvulo en esa área (8).

Es importante hacer énfasis en que a toda mujer que presente una prueba de embarazo positiva y además cuente con un antecedente de cesárea previa (9), se debe de realizar un estudio ecográfico transvaginal lo antes posible, esto con la finalidad de descartar esta patología (1,4). El Gold Standard para el diagnóstico es el ultrasonido, en el cual vamos a observar la ausencia de gestación en cavidad uterina y de igual manera se observará un canal cervical vacío, además de la presencia de la circulación trofoblástica/placentaria al momento de realizar un Doppler con flujo sanguíneo de alta velocidad (9,4).

El abordaje de un embarazo ectópico, llega a suponer un reto clínico y ético. Dicho de esta manera, este escenario genera un conducta condicionada, ya que existe una situación de compromiso en relación a la vida de la madre, provocando así una perspectiva en la que se llegue a producir un estallido tubárico, más la inexistencia de posibilidades de que el feto llegue a nacer (5). Existen distintos tipos de tratamientos quirúrgicos posibles que son: histerectomía,

resección de la gestación por laparoscopia o laparotomía, excisión por histeroscopia, inyección local de Cloruro Potásico intrasacular hasta hasta la administración local o sistémica de metotrexato (10). Ya que, el embarazo ectópico en la cicatriz uterina se considera como un problema poco frecuente, se presentará el siguiente reporte de caso con el objetivo de brindar un mejor conocimiento sobre el manejo adecuado en un caso relacionado a esta patología.

REPORTE DEL CASO

Información del paciente

Paciente femenina de 39 años de edad, reside en zona rural, ingresa al área hospitalaria por referir dolor abdominal de características cólicas mismo que se localiza en zona hipogástrica, el cual se irradia hacia zona lumbar de gran intensidad 8/10 según EVA, acompañado de náuseas que no llevan al vómito, por lo que es ingresada en casa de salud.

Antecedentes patológicos personales:

- Preclampsia hace 8 años.
- Quiste ovárico hace 11 años.

Antecedentes quirúrgicos:

- 2 cesáreas previas (por prematuridad hace 12 años y por preclampsia hace 8 años).

Antecedentes Gineco – Obstétricos:

- Gestas: 05; Partos: 00; Abortos: 02; Cesáreas: 02; Hijos vivos: 02; Hijos muertos: 00;
- Menarquia: 13 años
- Inicio de relaciones sexuales: 20 años;
- Método anticonceptivo: ninguno
- Número de parejas sexuales: 07; Fecha de última gesta: 08/12/2015

Antecedentes patológicos familiares:

- Madre hipertensa
- Padre diabético.

Hallazgos clínicos

- Signos vitales

TA 119/69 mmHg, FC 75 lpm, FR 20 rpm, saturación O₂ de 97% aire ambiente, temperatura de 36.7 °C, peso 78 kg, talla 154 cm, IMC 32,9 kg/m² (obesidad).

Score MAMA 0 puntos y riesgo obstetrico de 22 puntos (riesgo muy alto): Gestantes de 35 a 39 años (1 punto), con gran multiparidad de cuatro o más gestaciones (1 punto), aborto habitual de dos o más (2 puntos), embarazo ectópico o molar previo (1 punto), intervalo entre embarazos mayor a 5 años (1 punto), antecedentes de preeclampsia o eclampsia (3 puntos), cicatriz uterina previa con embarazo de más de 32 semanas (miomectomía, ruptura uterina, cesárea) (2 puntos), presencia de tres o más factores de esta lista (3 puntos), IMC superior a 30 (3 puntos), glucemia basal mayor de 92 mg/dl (2 puntos), y presencia de dos o más factores de la lista (3 puntos).

- Exámen físico Regional

Facies: álgica

Abdomen: a la inspección presencia de cicatriz umbilical por cesáreas anteriores, globuloso por presencia de panículo adiposo de abundante cantidad, útero no palpable no doloroso, ruidos hidroaéreos presentes.

Región inguinogenital: genitales de nulípara, sin presencia de secreciones ni sangrado.

Línea de tiempo

Tabla 1. Línea de tiempo

2011	Antecedente de cesárea por prematuridad.
2015	Antecedente de cesárea por preclampsia.
23/06/2023	- Dolor abdominal tipo cólico de 4 horas de evolución. - Embarazo de 8.1 SG más implantación ectópica. - Se le administra primera dosis de metotrexato (88.5 ml/m²).
27/06/2023	- Control ecográfico

	- Se evidencia gestación con implantación ectópica de 8.1 semanas, además de un quiste simple para-ovárico izquierdo.
28/06/2023	Se administra segunda dosis de metotrexato (88.5 ml/m ²), además de prostaglandina.
30/06/2023	Se le realiza intervención quirúrgica de aspiración manual endouterina.
01/07/2023	Se decide alta médica.

Fuente: historia clínica de la paciente. Elaboración propia.

Evaluación diagnóstica

Tabla 2. Exámenes complementarios

Tipo de estudio	Resultados
Biometría hemática	Trombocitopenia (Anexo 3).
Función renal	Valores dentro de rangos normales.
Química sanguínea	Hiperglucémica (Anexo 5).
Reactantes de fase aguda	- PCR ELEVADA - VSG ELEVADA
Exámen serológico	- VIH NO REACTIVO - VDRL NEGATIVO - HEPATITIS B NEGATIVO
Uroanálisis	Valores dentro de rangos normales.

Tipificación sanguínea O+

**Ecografía
transvaginal**

Se observa gestación temprana de 8 semanas 1 día con saco gestacional de bordes ligeramente lobulados + implantación ectópica (cicatriz de histerorrafia) considerándose implantación anormal feto no viable, quiste paraovarico izquierdo.

Fuente: historia clínica de la paciente. Elaboración propia.

Figura 1. Ecografía transvaginal.



Fuente: historia clínica de la paciente.

Intervención terapéutica

Se decide realizar manejo expectante a base de metotrexato, recibiendo dos dosis, además recibe dosis de prostaglandina sin resolución de cuadro; médicos tratantes de ginecología por consenso deciden realizar aspiración manual endouterina (AMEU) para evacuación de producto.

Aspiración manual endouterina (AMEU)

Hallazgos quirúrgicos:

- Restos corioplacentarios en moderada cantidad, no fétidos.
- Sangrado en poca cantidad (150 mililitros) sin accidentes ni complicaciones.

Técnica quirúrgica:

- 1) Normas de asepsia y antisepsia
- 2) Previa evacuación vesical.
- 3) Antisepsia de zona quirúrgica.
- 4) Colocación de campos estériles.
- 5) Comprobación de anestesia.
- 6) Tacto bimanual, útero aumentado de tamaño.
- 7) Cuello permeable 1 dedo en todo su trayecto.
- 8) Localizó cuello uterino, pinzo a las 11.
- 9) Histerometría 9.
- 10) Equipo de AMEU, con cánula de kramer se extraen restos corioplacentarios en moderada cantidad, no fétidos se comprueba cavidad aparentemente limpia.
- 11) Compruebo hemostasia.
- 12) Limpieza de genitales.
- 13) Control de signos vitales.

Seguimiento y resultados

Al octavo día, al momento paciente con signos vitales estables, afebril, normotensa, funciones fisiológicas conservadas, se decide alta médica previo control ecográfico. Paciente como método de planificación familiar elige preservativos masculinos.

Posterior al alta médica, la paciente no regresa para realizar seguimiento.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico en presencia de cicatriz uterina por cesárea anterior es aquella implantación del óvulo en el exterior de la cavidad uterina, mismo que por lo general es infrecuencia, teniendo un porcentaje aproximado de frecuencia de 1 a 2 casos en todos los embarazos. Esta patología va a corresponder al 6,1% de todos los embarazos ectópicos, siendo más frecuente que el embarazo a nivel cervical (1,11).

Su prevalencia va a oscilar entre 1:1800 y 1:2216 de embarazos ectópicos en mujeres con cesárea previa. Los factores de riesgo de este proceso anómalo no han sido aún esclarecidos en su totalidad, ya que al parecer tener más de una cesárea no aumenta el riesgo (5). Según Abdo y colaboradores, en un estudio realizado por los mismo en el cual incluyeron 112 casos de embarazos ectópicos en cicatriz de cesárea previa, reportaron que alrededor del 52% tenían solo una cesárea, aproximadamente el 36% de pacientes presentaban 2 cesáreas previas y el 12% tenían más de 2 cesáreas previas (11). Según XianYi y colaboradores, mencionan que una edad materna que sea mayor a los 35 años de edad podría ser considerado como un factor riesgoso para un diagnóstico de embarazo ectópico en presencia de cicatriz uterina previa, de igual manera, han informado que tanto la paridad y el número de abortos inducidos son considerados como factores independientes para este proceso anómalo (1).

Sepúlveda y colaboradores, mencionan en su artículo que la clínica puede llegar a presentar distintos tipos de hemorragias vaginales, los cuales van a estar asociados con dolor en la zona pelviana relacionados a un desgarro uterino y al un shock por hipoperfusión secundario, así mismo, esta presentación clínica completa se ha llegado a presentar en tan solo 8 de 92 de los casos. Indican en su estudio que en la mayoría de casos (40%) se observa que han presentado hemorragia vaginal acompañado de dolor leve en hipogastrio e inclusive puede haber ausencia de dolor pélvico, y en el 18% de dichos casos, las pacientes pueden llegar a estar asintomáticas (12); mientras que según Valdera y colaboradores, en su estudio indican que el caso más frecuente se presenta en una paciente con aproximadamente 5 a 6 semanas de gestación, con presencia de amenorrea, la cual presenta un antecedente quirúrgico de cirugía uterina anterior, posteriormente acude por presentar sangrado vaginal disminuido y en ausencia de dolor (presenta clínica en el 39% de los casos) (13).

Naranjo y colaboradores, mencionan en su artículo que en este tipo de casos, si la paciente se encuentra estable, al realizarle el examen clínico no nos va a ofrecer datos significativos para

llegar al diagnóstico definitivo, no obstante, mencionan que mediante la realización de una ecografía transvaginal o transabdominal o ya sea en una combinación de estas dos ecografías, van a permitir visualizar cual es el sitio de implantación del embrión y así poder decidir si existe o no un embarazo ectópico (14).

De acuerdo al estudio realizado por Valdera y colaboradores, indican que a la ecografía se la considera como el método preferido para el momento de realizar un diagnóstico con un alto nivel de fiabilidad. Así mismo, recalcan que el estudio por doppler color brinda asistencia extra pues refleja el flujo peritrofoblástico vascular principalmente de una forma circular, el cual va a delimitar el saco gestacional y de igual manera va a mostrar la ubicación placentaria en correlación tanto con la presencia de la cicatriz y la vejiga (13). Sin embargo, según Abdo y colaboradores, mencionan que aunque la ecografía sigue siendo la modalidad de imagen principal para el diagnóstico de esta patología, la resonancia magnética también puede resultar de gran utilidad en el contexto de que exista algún caso con dudoso diagnóstico, y que de igual manera la resonancia magnética nos puede ayudar en una posible detección de una implantación placentaria o invasión de la pared de la vejiga (11); mientras que Sepúlveda y colaboradores, señalan que el diagnóstico se lo realizaba mediante una ultrasonografía pélvica por vía vaginal, la cual mencionan que tiene una sensibilidad de 84,6% (12).

Cassana y colaboradores, indican que un embarazo ectópico en presencia de una cicatriz en el útero por cesárea anterior no tiene que ser manejado de manera expectante, esto indicando que en la literatura se describe un porcentaje mayor del 50% de casos, los cuales iban a reportar ruptura uterina, hemorragia masiva y complicaciones que podían hasta llegar a amenazar la vida de la paciente, por lo cual mencionan que el procedimiento quirúrgico se lo debe de considerar antes de que exista una ruptura para remover el saco gestacional, esto con el objetivo de que exista una disminución en la mortalidad materna y que de igual manera la paciente pueda preservar la fertilidad futura (15); mientras que según Abdo y colaboradores, acotan en su artículo que es de vital importancia el individualizar a cada paciente para así poder elegir un tratamiento adecuado, pero siempre teniendo en cuenta la edad gestacional, viabilidad fetal, defecto miometrial y cuadro clínico. Así mismo, indican que un tratamiento expectante no es recomendado, esto debido a su alta tasa de fracaso y complicaciones (11). Naranjo y colaboradores, mencionan en su estudio que la principal conducta debería de ser interrumpir la gestación en el primer trimestre y concuerda con que un manejo expectante es desaconsejado debido a su mal pronóstico y por el alto riesgo de hemorragia severa y rotura uterina (14).

De igual manera, Abdo y colaboradores, en su estudio proponen como tratamiento no invasivo el uso de metotrexato y cloruro de potasio, esto con el fin de provocar una interrupción de la gestación; pero por la misma razón indican que se debe de considerar el uso de metotrexato en pacientes asintomáticas, con edades gestacionales menores a 8 semanas y que ecográficamente presentan un espesor miometrial inferior a 2 mm esto entre la vejiga y el saco gestacional, presentando tasas de éxito de alrededor del 80% (11); según el estudio de Sanabria y colaboradores, en su artículo concuerdan con que el tratamiento debe de estar relacionado con la edad gestacional de la paciente y de igual manera mencionan que se debería de tener en cuenta si existe deseo de futuros embarazos, por lo que por consecuencia concuerdan con el uso de metotrexato, indicando que una dosis única debería de ser suficiente en caso de que la paciente presentase una β -HCG < 5000 (16).

Arozamena y colaboradores, indican en su estudio que el uso de prostaglandinas junto con mifepristona sería útil para impedir el desarrollo del embrión o a su vez poder acelerar la muerte embrionaria asociada a legrado (17); por otro lado según Li y colaboradores, en su artículo han mencionado que la eficacia de un tratamiento conservador con la administración de mifepristona junto con misoprostol y legrado uterino, destacan una efectividad superior con el manejo invasivo, mencionando que este es un tratamiento seguro, efectivo y mínimamente invasivo (18); por último, Aguilar y colaboradores, en su estudio coinciden con lo antes mencionado e indican que el uso de prostaglandinas ayuda a obtener una mejor hemostasia al momento de realizar la dilatación y el posterior legrado (19).

Según Valdera y colaboradores, indican que en una revisión realizada, demuestra que el legrado como tratamiento de un embarazo ectópico en cicatriz uterina por cesárea previa debe de ser desaconsejado, ya que según estudios 8 de cada 9 pacientes terminan en un fracaso de tratamiento o pueden llegar a sufrir complicaciones; sin embargo mencionan que la cirugía laparoscópica ha sido utilizada con éxito, utilizando la vasopresina intralesional para poder minimizar el sangrado (13); en cambio, Arozamena y colaboradores, en su estudio mencionan que la realización de legrado tiene un riesgo aproximado del 40% de histerectomía por sangrado, sin embargo, indican que es de gran utilidad cuando esta técnica es combinada con otras medicaciones o técnicas quirúrgicas con el objetivo de minimizar el sangrado (17).

Rivera y colaboradores, en su artículo de revisión indican que se debe de ofrecer manejo quirúrgico como primera línea, pero siempre y cuando cumplan ciertos criterios como inestabilidad hemodinámica, tumor anexial mayor a 35 mm y/o latido cardíaco fetal presente

evidenciados en ultrasonido transvaginal, niveles de β -hCG mayores a 5000 UI/L, alguna contraindicación al tratamiento, embarazo heterotópico, falla de tratamiento o alguna patología tubaria con indicación de fertilización in vitro. Así mismo mencionan que se puede realizar una salpingectomía o salpingostomía, ya sea con un abordaje vía laparoscópico o por laparotomía, sin embargo señalan que la laparoscópica tiene mayores ventajas (20). Así mismo, Sepúlveda y colaboradores, en su estudio mencionan que en una serie de 11 casos, 4 fueron manejados por videolaparoscopia, 6 por histeroscopia y en el caso restante se combinaron las dos técnicas, indican que en ninguno de los casos se reportaron complicaciones quirúrgicas. Debido a que este último tiene una baja efectividad y existe un mayor riesgo de complicaciones, mencionan que el manejo quirúrgico sería únicamente indicado si el embarazo es mayor a ocho semanas (12).

Según Hu Liang y colaboradores, indican que se debe de realizar un seguimiento intensivo, en donde se debería de controlar los niveles de β -hCG de manera diaria y posteriormente semanal, hasta que los niveles se mantengan dentro de los parámetros de normalidad (21).

CONCLUSIONES

El análisis de este reporte de caso ha permitido explorar en detalle el manejo clínico de un embarazo ectópico en una cicatriz uterina previa, una condición obstétrica rara pero relevante debido al aumento de cesáreas a nivel global. Este análisis ha resaltado la importancia de un diagnóstico temprano y preciso para prevenir complicaciones graves y mejorar los resultados para la madre.

El empleo de técnicas avanzadas de imagen, como la ecografía transvaginal, es crucial para la detección temprana. Además, la intervención adecuada y oportuna, que puede incluir tratamiento farmacológico con metotrexato y/o cirugía dependiendo de las características clínicas.

Si existe el deseo de un embarazo a futuro, es recomendable esperar un tiempo prudencial de aproximadamente 6 meses. De igual manera, la atención prenatal no solo permite la monitorización del desarrollo fetal y la salud materna, sino que también proporciona una oportunidad invaluable para la educación y el apoyo a las futuras madres.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe ningún conflicto de intereses.

1. XianYi Z, Hua L, XiaoDong F. Identifying possible risk factors for cesarean scar pregnancy based on a retrospective study of 291 cases. National Library of Medicine. 2020; 46(2).
2. Olaoluwa A, Ennis Smith J, Kendall C, all. e. Evidence-based management of non-tubal ectopic pregnancies.. National Library of Medicine.. 2017; 37(8).
3. Harb M KMBCea. Caesarean scar pregnancy in the UK: a national cohort study.. National Library of Medicine.. 2018; 125(13).
4. Mendoza García S PJRBK. Embarazo ectópico sobre cicatriz uterina. Revisión bibliográfica.. MetroCiencia.. 2022; 30(1).
5. Navas-Campo R MCLTMP. Embarazo ectópico sobre cicatriz uterina por cesárea.. National Library of Medicine. 2021; 78(4). 2021; 78(4).
6. Rivera C PCDVea. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario.. REVISTA CHILENA OBSTETRICIA Y GINECOLIA.. 2020; 85(6).
7. Pradillo T SJLVea. Tratamiento del embarazo ectópico en cicatriz de cesárea. Revisión de la literatura a propósito de 3 casos.. REVISTA CHILENA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.. 2021; 86(1).
8. Rodríguez J DRDMea. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea: reporte de caso y revisión de la literatura. REVISTA MEDICA.. 2020; 28(2).
9. Cali G, Timor-Tritsch E, Palacios J. Outcome of Cesarean scar pregnancy managed expectantly: systematic review and meta-analysis.. National Library of Medicine.. 2018; 51(2).
10. Acevedo Martín B, Hernández Rodríguez C, López Freire D, Plaza Arranz J. Revisión del tratamiento del embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea previa. Una localización poco habitual. Revista Iberoamericana de Fertilidad. 2018; 30(53).
11. Abdo-Rojas M, Suárez-López L, Narváez D, Trujillo M. Ectopic pregnancy in scar from previous cesarean section. Clinical case report. MetroCiencia. 2023; 31(3).

12. Sepúlveda J, Cristancho M, Parra C. EMBARAZO ECTÓPICO EN LA CICATRIZ UTERINA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2010; 61(1).
13. Valdera C, Fernández Alonso A, Fernández Soriano G, Ruiz F. Embarazo ectópico en cicatriz de cesárea anterior: comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Progresos de Obstetricia y Gineología*. 2018; 54(6).
14. Naranjo A, Criollo A, Huilca E, Roque Y. Embarazo con implantación en histerorrafia de cesárea anterior: caso clínico poco frecuente. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2020; 19(4).
15. Cassana A, Yanque O. Cesarean Scar Pregnancy: Always surgical? A Case Report. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2018; 78(4).
16. Sanabria-Castelblanco JE, Alba-Salazar LF, Montañez-Aldana MA. Uso de mifepristona en embarazo ectópico intersticial: un reporte de caso. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2023; 88(5).
17. Arozamena B, Muñoz A, Merino AI. Caso clínico: embarazo ectópico cervical, presentación de un caso clínico. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*. 2018; 82(6).
18. Li J, Wang R, Huang H, Yang Y, Lu J, Liu H. Analysis of the clinical efficacy of conservative treatment for an unruptured cornual pregnancy. *Altern Ther Health Med*. 2022; 28(6).
19. Aguilar Charara MA, Vázquez Martínez YE, Areces Delgado G, Aguilar M, Tamayo Lien T. Diagnóstico y manejo conservador del embarazo ectópico cervical. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*. 2012; 38(1).
20. Rivera C, Pomés C, Díaz V, Espinoza P, Zamboni M. Actualización del enfrentamiento y manejo del embarazo ectópico tubario. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2020; 85(6).

21. Hu Liang H, Sandoval Vargas J, Hernández Sánchez AG, Vargas Mora J. Embarazo ectópico: revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. Revista clínica HSJD. 2019; 9(1).

GLOSARIO

Embarazo ectópico: cuando un óvulo fecundado se implanta y crece fuera de la cavidad principal del útero.

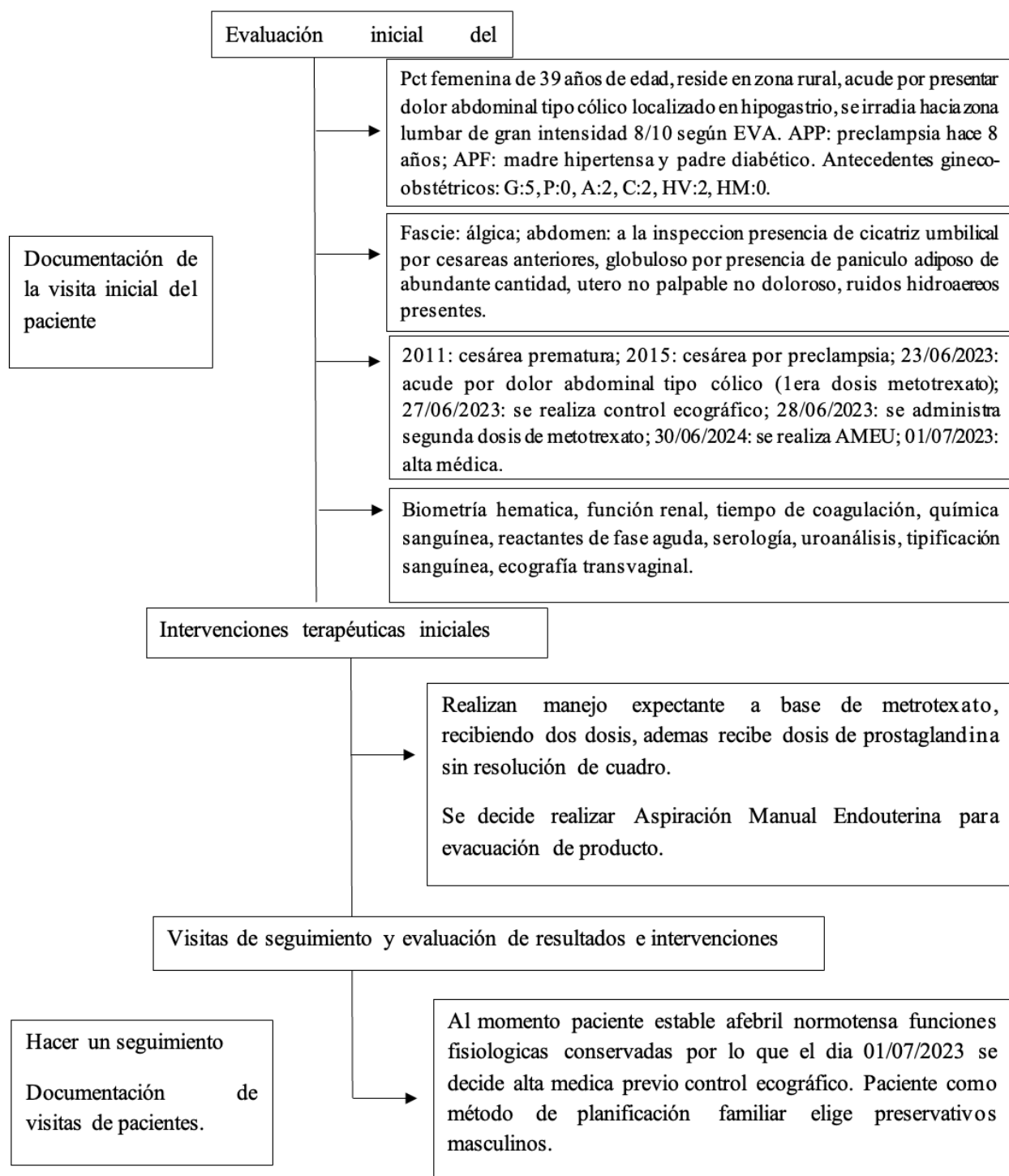
Legrado por aspiración: Procedimiento para raspar y extraer tejido del revestimiento interno del útero.

Salpingectomía: es una operación para extirpar las trompas de Falopio.

Salpingostomía: Apertura lineal quirúrgica de la trompa con un embarazo ectópico, llevada a cabo para preservar la trompa e intentar mantener su función. Esta apertura se realiza vía laparoscópica generalmente y en la parte distal de la trompa o fimbria.

ANEXOS

Anexo 1. Flujograma



Anexo 4. Química sanguínea

GLUCOSA	138
---------	-----

Anexo 5. Reactantes de fase aguda

PROTEINA C REACTIVA	37.30 mg/L
VSG	27 m/h

Anexo 6. Serología

VIH	NO REACTIVO
VDRL	NEGATIVO
HEPATITIS B	NEGATIVO

Anexo 7. Uroanálisis

BILIRRUBINA	–
CELULAS ALTAS	+++
CETONA	–
CILINDROS	–
CRISTALES	–
DENSIDAD	1010
ERITROCITOS POR CAMPO	0 – 1
GLUCOSA	–
HEMOGLOBINA	–
HONGOS	–
LEUCOCITOS POR CAMPO	5 – 7
LEUCOCITOS	–
MOCO	+
NITRITO	–
pH	6
PROTEINA	30
SANGRE	–
URUBILINOGENO	–
BACTERIAS	+

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Mateo David Barros Culcay portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0104591607. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación **“Embarazo ectópico en cicatriz uterina. Reporte de caso”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 30 de julio de 2024

F:  

Mateo David Barros Culcay
C.I. 0104591607