

Citar como:

Pantigoso-Gutierrez D, Oscátegui-Peña M, Camacho-Villanueva D. Embarazo en cicatriz de cesárea: reporte de caso. Rev Méd Hered. 2025; 36(3): 258-263. DOI: 10.20453/rmh.v36i3.6210

Recibido: 25/12/2024

Aceptado: 12/06/2025

Declaración de financiamiento y de conflictos de intereses:

El reporte fue financiado por los autores; declaran no tener conflictos de intereses.

Contribución de autoría:

DFPG: Participó en la idea, diseño y ejecución del reporte, análisis e interpretación de resultados, redacción y revisión del manuscrito y aprobación de la versión final a ser publicada.

MEOP: Contribuyó en la idea, diseño y ejecución del reporte, análisis e interpretación de resultados, redacción y revisión del manuscrito y aprobación de la versión final a ser publicada.

DKCV: Contribuyó en la recolección de la información, la adquisición, análisis e interpretación de datos y revisión del manuscrito y aprobación de la versión final a ser publicada.

Correspondencia:

Digna Felicia Pantigoso Gutierrez
Av. Arequipa 1492, Lima Perú
+051995375396

✉ dignaagut@hotmail.com



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© Revista Médica Herediana

Embarazo en cicatriz de cesárea: reporte de caso

Pregnancy in a caesarean scar: case report

Digna Pantigoso-Gutierrez^{1,2,a,b} , Margarita Oscátegui-Peña^{1,3,c,d} ,
Dora Camacho-Villanueva^{1,4,a}

¹ Hospital de Lima Este Vitarte, Lima, Perú.

² Universidad Peruana Unión, Lima, Perú.

³ Universidad Nacional Federico Villarreal. Lima, Perú.

⁴ Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

^a Médico Ginecólogo- Obstetra

^b Magister en Epidemiología

^c Obstetra

^d Magister en Educación con mención en el nivel superior

RESUMEN

El embarazo en cicatriz de cesárea se presenta con mayor frecuencia, debido al incremento mundial de cesáreas, siendo un embarazo ectópico de localización rara pero asociado a complicaciones potencialmente graves. El objetivo fue dar a conocer el caso de un embarazo en cicatriz de cesárea (CSP) en un hospital público de Lima, Perú. Mujer con G4: P3013, de 34 años con siete semanas de amenorrea, antecedentes obstétricos de tres cesáreas y un aborto. La ecografía transvaginal reveló un saco gestacional con vesícula vitelina sin embrión adherido a la cicatriz de la cesárea con protrusión a la vejiga, miometrio residual adelgazado, vascularización alrededor del saco gestacional, cumpliendo los criterios diagnósticos de CSP, Tipo I. Inicialmente el tratamiento fue médico, seguido de histerectomía laparoscópica planificada. Se concluye que la CSP puede ser asintomática, requiere diagnóstico y tratamiento adecuado al inicio del primer trimestre. No hay consenso sobre el manejo óptimo, cada caso debe ser individualizado.

PALABRAS CLAVE: Cesárea, embarazo ectópico, ultrasonografía, ultrasonografía Doppler, histerectomía.

SUMMARY

Cesarean scar pregnancy is occurring more frequently due to the worldwide increase in cesarean sections. It is a rare ectopic pregnancy associated with potentially serious complications. The objective was to raise awareness about cesarean scar pregnancy (CSP) in a public hospital in Lima, Peru. A 34-year-old woman with G4: P3013, 7 weeks of amenorrhea, had an obstetric history of three cesarean sections and one miscarriage. Transvaginal ultrasound revealed a gestational sac with a yolk sac and no embryo attached to the cesarean scar, protruding into the bladder, thinned residual myometrium, and vascularization around the gestational

sac. This met the diagnostic criteria for CSP Type I. Initial treatment was medical, followed by a planned laparoscopic hysterectomy. It is concluded that CSP can be asymptomatic and requires diagnosis and appropriate treatment early in the first trimester. There is no consensus on optimal management; each case must be individualized.

KEYWORDS: Cesarean section, ectopic pregnancy, ultrasonography, Doppler ultrasonography, hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en cicatriz de cesárea (CSP) es una implantación ectópica del trofoblasto en el nicho del sitio de la cicatriz de cesárea ^(1,2,3). La prevalencia depende de la tasa de cesáreas, que se ha incrementado durante las últimas décadas hasta el 21,1% en todo el mundo. ⁽⁴⁾

En la última década, este incremento de CSP; podría deberse a mejoras en el diagnóstico, la ecografía transvaginal de rutina y la mayor conciencia sobre esta condición de parte de los médicos ⁽¹⁾. También, es posible un verdadero aumento en la prevalencia debido al creciente número de cesáreas ^(1,6). Aunque todavía se siguen utilizando diferentes criterios de diagnóstico y sistemas de clasificación, sin que exista evidencia de superioridad de algún sistema en particular. ⁽⁷⁾

Al comienzo del primer trimestre, el CSP se puede encontrar accidentalmente mediante ecografía en mujeres asintomáticas; sin embargo, en casos más complicados, si no se reconocen, el CSP puede manifestarse como hemorragia grave, dolor en el abdomen inferior agudo o incluso colapso debido a un shock hemorrágico y necesidad de histerectomía de emergencia ⁽⁸⁾. Los objetivos del tratamiento se centran en la prevención de estas complicaciones potencialmente mortales con preservación de la fertilidad, siempre que sea posible. ⁽¹⁾

Hasta el momento, no hay un consenso establecido o pautas basadas en la evidencia sobre el enfoque del tratamiento óptimo; el tratamiento debe individualizarse según la edad gestacional, la presentación clínica, la presencia de actividad cardíaca fetal; también, varía entre médicos y centros. ⁽⁹⁾

Diagnosticar y tratar con precisión esta afección mórbida es vital en la práctica de cualquier especialista en obstetricia y ginecología. Por tanto, el objetivo de este reporte fue describir el caso del diagnóstico y tratamiento de una paciente con embarazo ectópico en cicatriz de cesárea en un hospital público de Lima, Perú.

PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer de 34 años, grávida 4, partos 3, un aborto, a las siete semanas de amenorrea, acudió al servicio de urgencias del Hospital de Lima Este Vitarte, derivada de un centro privado por sospecha de CSP asintomática. Entre sus antecedentes obstétricos refería tres cesáreas, la última hace tres años y un aborto.

En la inspección se encontró hemodinámicamente estable. Al examen, abdomen blando, no doloroso. El examen vaginal reveló un útero aumentado de tamaño, con ausencia de sangrado vaginal. No se midió gonadotropina coriónica humana. Se realizó una ecografía transvaginal en escala de grises. Se observó un saco gestacional (SG) irregular de 18,5 x 7 mm con vesícula vitelina de 4 mm, ausencia de embrión, reacción coriódécidual de 3,8 mm, ubicado en cicatriz de cesárea. El endometrio de 9,6 mm, cavidad uterina y canal cervical vacíos (figuras 1 y 2). El espesor miometrial residual medía 2,4 mm con una ligera protrusión del saco gestacional hacia la vejiga urinaria, anexos normales, sin líquido libre en el fondo del saco de Douglas (figura 3). La imagen Doppler color mostró una intensa vascularización alrededor del saco gestacional. Se confirmó la CSP no viable y se decidió su hospitalización.

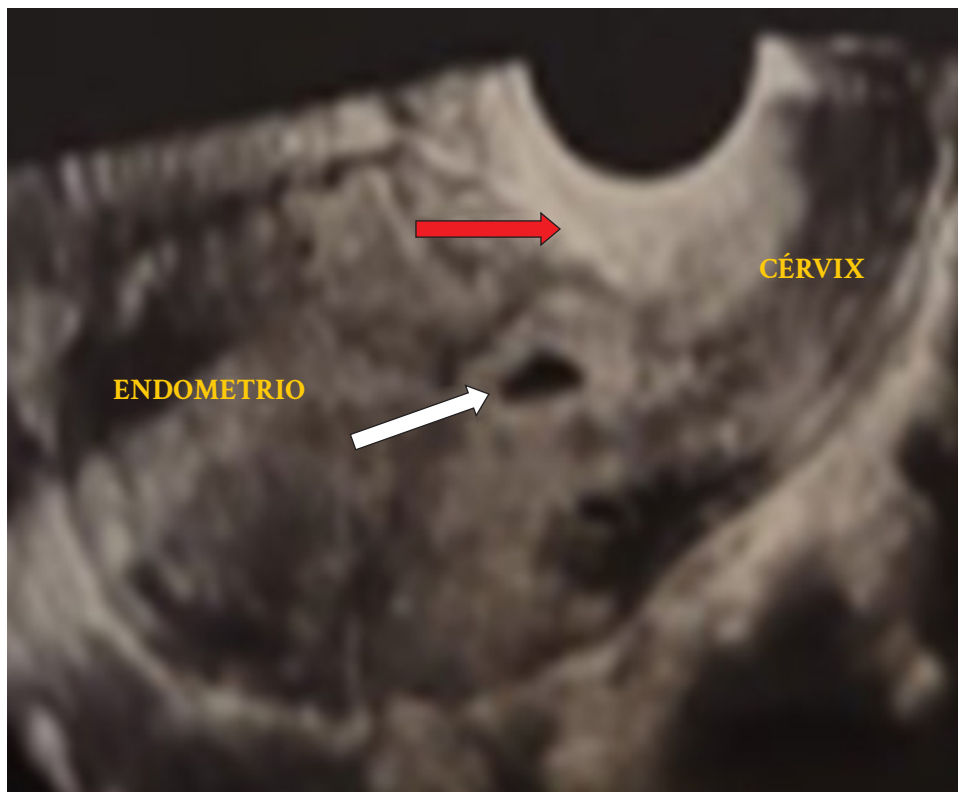


Figura 1. Ecografía transvaginal en escala de grises del útero en el plano sagital muestra un saco gestacional (flecha blanca) implantado en el nicho del sitio de la cesárea anterior, cruzando la línea serosa (flecha roja).

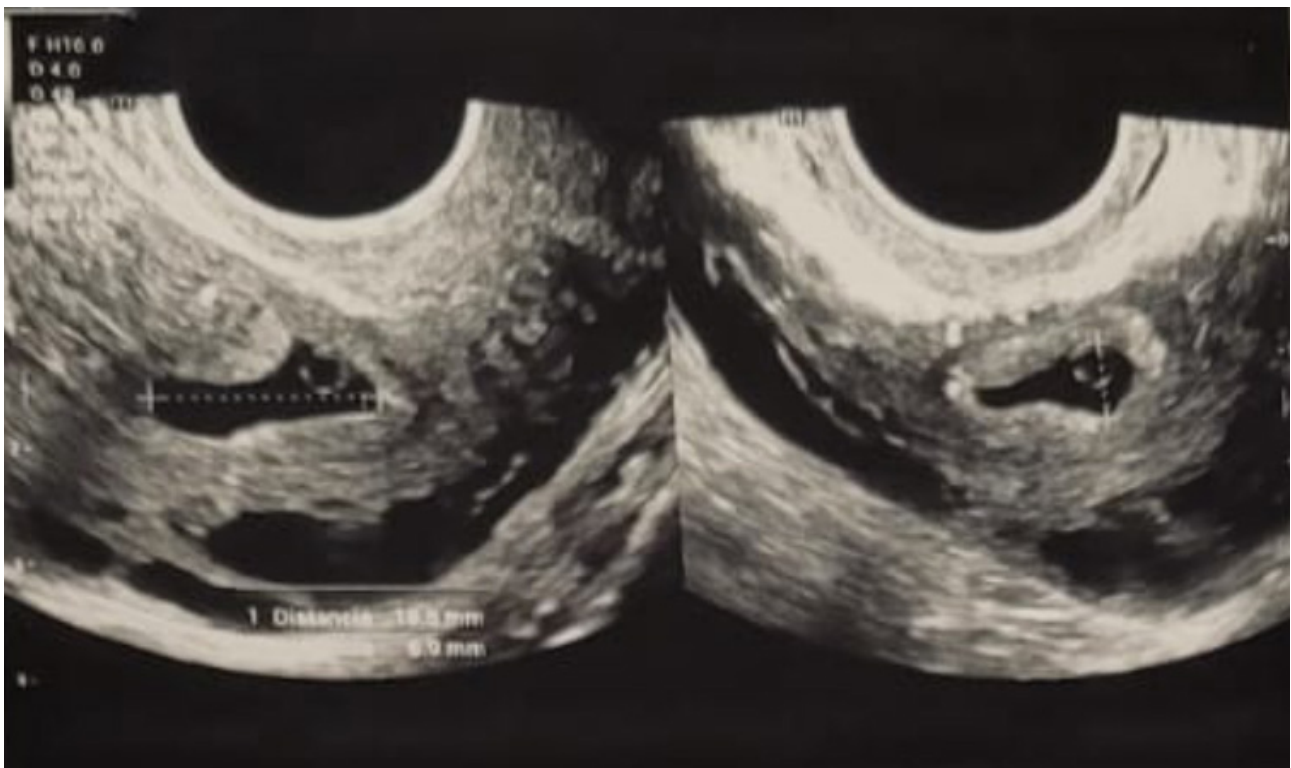


Figura 2. Ecografía transvaginal en escala de grises del útero en el plano sagital muestra un saco gestacional con presencia de vesícula vitelina y ausencia de embrión.

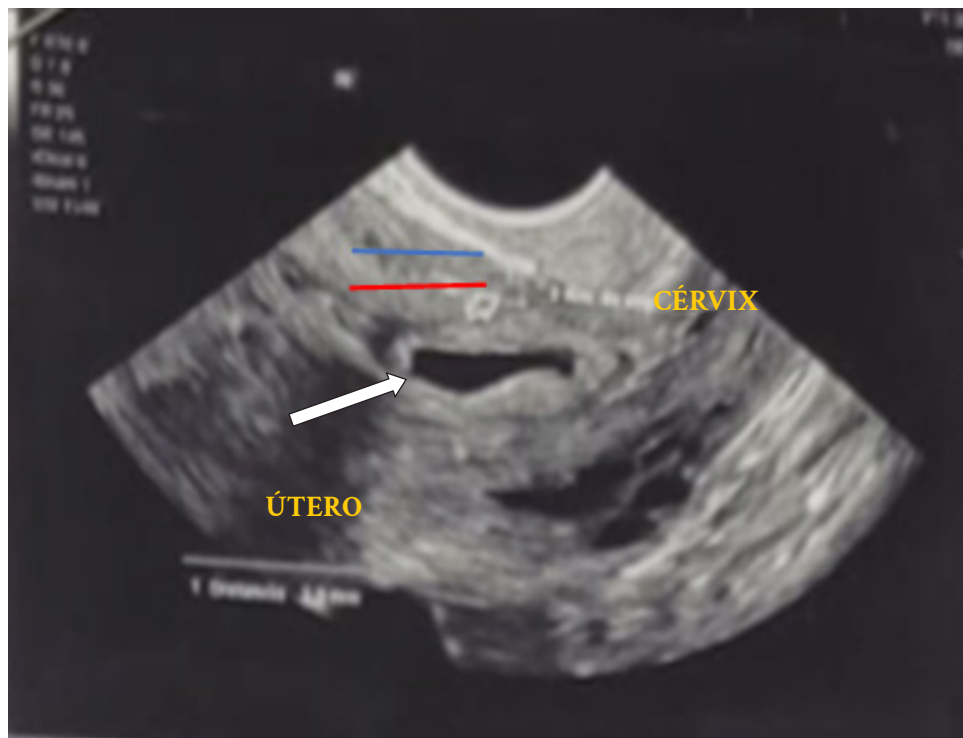


Figura 3. Ecografía transvaginal en escala de grises del útero en el plano sagital. Entre la serosa (línea azul) y la pared uterina (línea roja) se observa que el espesor miometrial residual mide 2,4 mm con una ligera protrusión del saco gestacional (flecha) hacia la vejiga urinaria.

Al ingreso inició tratamiento con metotrexato con una dosis de 56 mg vía IM; después de 48 h, el control ecográfico mostró una disminución del espesor miometrial residual a 2 mm. Ante esta sospechosa alteración de la integridad del miometrio, sin afectación de la vejiga urinaria, el equipo médico optó por el tratamiento quirúrgico por la seguridad que proporciona la histerectomía en este tipo de diagnóstico y la paridad satisfecha de la paciente. Después de informar a la paciente y obtener el consentimiento por escrito, se realizó histerectomía laparoscópica, encontrándose múltiples adherencias durante la cirugía, se observó serosa uterina intacta con la pared uterina delgada abultada en el sitio de la cicatriz de la cesárea anterior, no se encontró afectación de órganos adyacentes. La cirugía culminó sin lesión de órganos adyacentes. La recuperación transcurrió sin incidentes y la paciente fue dada de alta tres días después de la cirugía. En su control por consulta externa a los 10 días, se encontraba sin molestias.

DISCUSIÓN

El CSP, un tipo de embarazo ectópico, con un complejo mecanismo patogénico aún no esclarecido. Varios estudios mencionan que el CSP está relacionado con cambios anormales en los factores bioquímicos locales

y el estado anatómico de la cicatriz uterina ⁽¹⁰⁾. Otros estudios proponen que CSP está relacionado con defectos vasculares deciduales, mala cicatrización de heridas y lesión endometrial. ⁽¹¹⁾

La cesárea previa es la causa más común de anomalías miometriales; otros procedimientos uterinos, como la histeroscopia, la dilatación y el legrado uterino y la miomectomía, también se han relacionado con CSP ⁽¹²⁾. En nuestro caso, la gestante tenía el antecedente de tres cesáreas previas y un legrado uterino por un aborto.

La presentación clínica más frecuente de la CSP es el sangrado vaginal y dolor abdominal leve a moderado; sin embargo, el 37% al comienzo del primer trimestre puede ser asintomático ⁽¹⁰⁾. Las complicaciones más peligrosas son la rotura uterina, la hemorragia masiva y el hemoperitoneo, lo que resulta en un colapso debido al shock hemodinámico ⁽⁹⁾. En el caso presentado, la gestante tenía siete semanas de embarazo, asintomática, sin complicaciones.

La ecografía transvaginal en escala de grises combinada con ultrasonido Doppler color es la modalidad diagnóstica óptima ante la sospecha de CSP

^(9,10); también es la más exitosa, con una sensibilidad del 86,4% ⁽¹²⁾. En nuestro caso se utilizó la ecografía transvaginal en escala de grises y Doppler color para el diagnóstico de CSP, cumpliendo con los criterios de diagnóstico de CSP. Satyam et al. ⁽¹³⁾ reportaron hallazgos similares por ecografía.

Las imágenes ecográficas que muestran un espesor miometrial residual <2 mm de la cicatriz que rodea el saco gestacional entre las 6-10 semanas de gestación, son un riesgo potencial de morbilidad materna grave ⁽⁵⁾. En nuestro caso, el resultado ecográfico fue un SG de 7 sem, un espesor miometrial residual de 2,4 mm en una paciente asintomática. Un resultado similar ha sido presentado por Nijjar S. et al. ⁽²⁾

Según Jordans et al. ⁽³⁾, una CSP puede clasificar de acuerdo con la localización del SG en relación con la línea de la cavidad uterina y la línea serosa. Definieron tres tipos de CSP: el tipo 1, la mayor parte del SG cruza la línea de la cavidad uterina; el tipo 2, la mayor parte del SG está incrustada en el miometrio y no cruza la línea serosa; y el tipo 3, el SG cruza la línea serosa del útero. En nuestro caso correspondió al tipo I.

La ecografía a veces no logra localizar el sitio de implantación del SG y no determina con precisión la profundidad de la implantación del SG en la capa muscular. La resonancia magnética con buena resolución puede mostrar claramente la relación entre las cicatrices de la cesárea y el saco gestacional. ⁽¹⁴⁾

El diagnóstico diferencial de la CSP es el embarazo cervical y el aborto espontáneo en curso. Los embarazos cervicales son raros; no suelen ocurrir en pacientes con cesáreas previas ⁽¹⁵⁾. El embarazo cervical se descartó por ausencia de cuello uterino en forma de barril y la ubicación del SG por debajo del orificio cervical interno ⁽¹²⁾. Aunque en nuestro caso no se observó un polo fetal con actividad cardíaca embrionaria, se mantuvo la perfusión peritrofoblástica durante el control de Doppler color, por lo que se descartó el aborto espontáneo. Rudaitis V. et al. ⁽¹⁶⁾ presentaron hallazgos similares.

El manejo de la CSP depende de la presentación clínica, la edad gestacional, la ubicación de la CSP, la viabilidad fetal y la fertilidad futura ⁽¹⁷⁾. El tratamiento expectante aumenta considerablemente el riesgo de complicaciones graves como hemorragia masiva y ruptura uterina. Se debe iniciar el manejo médico o quirúrgico tan pronto como se confirme el diagnóstico de CSP para prevenir complicaciones maternas

potencialmente mortales ⁽⁷⁾. El tratamiento médico en casos de CSP incluye la inyección sistémica y local de metotrexato muchas veces, requiere un tratamiento adicional o cirugía. El tratamiento quirúrgico consiste en la resección histeroscópica; la aspiración al vacío guiada por ecografía, son métodos quirúrgicos menos invasivos pero muy efectivos sin complicaciones ^(1,7,17). Otra opción de tratamiento quirúrgico es la escisión de CSP mediante laparotomía, laparoscopia o abordaje transvaginal y la histerectomía cuando la paciente ha completado su paridad ⁽¹⁸⁾. Cada método tiene ciertos niveles de éxito y depende de la habilidad del cirujano y de la clínica del paciente. ⁽¹⁹⁾

La cirugía es la opción terapéutica en pacientes con sangrado vaginal masivo o infección, o fracaso del tratamiento conservador y médico. En nuestro caso, en primer lugar, se descartó el tratamiento expectante, no siendo una opción apropiada en CSP no viable. Se optó por un tratamiento médico con metotrexato sistémico sin resultado favorable. En la visita de seguimiento a las 48 h, la ecografía mostró una sospechosa alteración de la integridad del miometrio sin afectación de la vejiga urinaria, se decidió un manejo quirúrgico para prevenir complicaciones maternas, y se realizó una histerectomía laparoscópica electiva sin complicaciones. En el estudio de Rudaitis V. et al. ⁽¹⁶⁾, optaron por laparotomía para la escisión de CSP, con la reparación del defecto de la pared uterina.

El embarazo en cicatriz de cesárea es una entidad rara pero potencialmente mortal. La ecografía transvaginal en etapas tempranas del embarazo y la sospecha clínica en mujeres con cesárea previa son esenciales para su detección precoz y manejo oportuno y conservador. Es importante que todas las mujeres con antecedentes de cesárea deben ser evaluadas precozmente en embarazos posteriores y capacitar al personal de salud en identificar signos ecográficos específicos para poder contribuir a reducir la incidencia de complicaciones graves.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Birch Petersen K, Hoffmann E, Rifbjerg Larsen C, Svarre Nielsen H. Cesarean scar pregnancy: a systematic review of treatment studies. *Fertil Steril*. 2016 Apr;105(4):958-67. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.12.130.
2. Nijjar S, Jauniaux E, Jurkovic D. Definition and diagnosis of cesarean scar ectopic pregnancies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2023 Jul; 89:102360. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2023.102360.
3. Jordans IPM, Verberkt C, De Leeuw RA, Bilardo CM, Van Den Bosch T, Bourne T, et al. Definition

- and sonographic reporting system for Cesarean scar pregnancy in early gestation: modified Delphi method. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022 Apr;59(4):437-449. doi: 10.1002/uog.24815.
4. Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health.* 2021 Jun;6(6):e005671. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005671.
 5. Nijjar S, Jauniaux E, Jurkovic D. Surgical evacuation of cesarean scar ectopic pregnancies. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2023 Jul; 89:102361. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2023.102361.
 6. De Braud LV, Knez J, Mavrellos D, Thanatsis N, Jauniaux E, Jurkovic D. Risk prediction of major haemorrhage with surgical treatment of live cesarean scar pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021 Sep; 264:224-231. doi: 10.1016/j.ejogrb.2021.07.030.
 7. Elson CJ, Salim R, Potdar N, Chetty M, Ross JA, Kirk EJ. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2016;123(13):e15-e55. doi: 10.1111/1471-0528.14189.
 8. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol.* 2006 Jun;107(6):1373-81. doi: 10.1097/01.AOG.0000218690.24494.ce.
 9. Timor-Tritsch I, Buca D, Di Mascio D, Cali G, D'Amico A, Monteagudo A, et al. Outcome of cesarean scar pregnancy according to gestational age at diagnosis: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021 Mar; 258:53-59. doi: 10.1016/j.ejogrb.2020.11.036.
 10. Shi M, Zhang H, Qi S, Liu W, Liu M, Zhao X, et al. Identifying risk factors for cesarean scar pregnancy: a retrospective study of 79 cases. *Ginekol Pol.* 2018;89(4):195-9. doi: 10.5603/GP.a2018.0033.
 11. Gao L, Chen H, Liu J, Wang M, Lin F, Yang G, et al. Extravillous trophoblast invasion and decidualization in cesarean scar pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2022 Oct;101(10):1120-8. doi:10.1111/aogs.14435.
 12. Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *BJOG.* 2007 Mar;114(3):253-63. doi: 10.1111/j.1471-0528.2006.01237.x.
 13. Satyam, Swarup MS, Garg A. Ectopic uterine scar pregnancy: A case report. *Ultrasound.* 2021 Feb;29(1):57-63. doi: 10.1177/1742271X20933918.
 14. Huang Q, Zhang M, Zhai RY. The use of contrast-enhanced magnetic resonance imaging to diagnose cesarean scar pregnancies. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014 Nov;127(2):144-6. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.05.010.
 15. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Cali G, D'Antonio F, Kaelin Agten A. Cesarean Scar Pregnancy: Diagnosis and Pathogenesis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2019 Dec;46(4):797-811. doi: 10.1016/j.ogc.2019.07.009.
 16. Rudaitis V, Maldutytė G, Brazauskienė J, Pavlauskas M, Valančienė D. Cesarean Scar Pregnancy: A Case Report. *Acta Med Litu.* 2022;29(1):124-130. doi: 10.15388/Amed.2022.29.1.17.
 17. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org; Miller R, Timor-Tritsch IE, Gyamfi-Bannerman C. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #49: Cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2020 May;222(5):B2-B14. doi: 10.1016/j.ajog.2020.01.030. Epub 2020 Jan 21. Erratum in: *Am J Obstet Gynecol.* 2021 Jan;224(1):106. doi: 10.1016/j.ajog.2020.08.036.
 18. Maheux-Lacroix S, Li F, Bujold E, Nesbitt-Hawes E, Deans R, Abbott J. Cesarean Scar Pregnancies: A Systematic Review of Treatment Options. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017 Sep-Oct;24(6):915-925. doi: 10.1016/j.jmig.2017.05.019.
 19. Glenn TL, Bembry J, Findley AD, Yaklic JL, Bhagavath B, Gagneux P, et al. Cesarean Scar Ectopic Pregnancy: Current Management Strategies. *Obstet Gynecol Surv.* 2018 May;73(5):293-302. doi: 10.1097/OGX.0000000000000561.