



Embarazo en cicatriz de cesárea: a propósito de un caso

Dres. Kirsten Peraza¹, Arelis Conde², Luisana Giannoni³.

¹Obstetra y Ginecóloga, Médico Especialista del Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Dr. Américo Babo, Ciudad Guayana, Estado Bolívar, Venezuela. ²Obstetra y Ginecóloga, Médico Especialista. Hospital de Clínicas Caroní. Ciudad Guayana, Estado Bolívar, Venezuela. ³Obstetra y Ginecóloga, Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Dr. Américo Babo. Ciudad Guayana, Estado Bolívar, Venezuela.

RESUMEN

El embarazo en cicatriz de una cesárea es una implantación anormal del saco gestacional en el defecto miometrial en el sitio de cicatrización de una cesárea. El istmocele es una cavidad formada en la cicatriz uterina dejada después de una cesárea, asociado a múltiples resultados adversos: aborto espontáneo, muerte fetal, parto pretérmino, histerectomía, shock hemorrágico, ruptura uterina, espectro de acretismo placentario. La cirugía uterina previa conduce a una decidua basal delgada o ausente. En 2024, se describió la aplicación clínica de un sistema de clasificación y evaluación del embarazo en cicatriz de cesárea, agrupándolos en tres tipos: cerca de la cicatriz de cesárea, implantadas en el miometrio y las que presentaron infiltración. El manejo quirúrgico tiene mejores tasas de éxito y bajas tasas de complicaciones. El embarazo en cicatriz de cesárea genera complicaciones graves, por eso es fundamental su diagnóstico temprano mediante una revisión ecográfica exhaustiva.

Palabras clave: Embarazo en Cicatriz de Cesárea, Istmocele, Diagnóstico Ecográfico.

Pregnancy in a cesarean scar: a case study

ABSTRACT:

Cesarean scar pregnancy is an abnormal implantation of the gestational sac in the myometrial defect at the site of a cesarean scar. Isthmocele is a cavity formed in the uterine scar left after a cesarean section. Associated with multiple adverse outcomes: spontaneous abortion, stillbirth, premature delivery, hysterectomy, hemorrhagic shock, uterine rupture, placental accreta spectrum. Previous uterine surgery leads to a thin or absent decidua basalis. In 2024, described the clinical application of a classification and evaluation system for cesarean scar pregnancy, grouping them into three types: near the cesarean scar, implanted in the myometrium, and those with infiltration. Surgical management has better success rates and low complication rates. Pregnancy in a cesarean scar can cause serious complications, so early diagnosis through a thorough ultrasound examination is essential.

Keywords: Pregnancy in Cesarean Scar, Isthmocele, Ultrasound Diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en cicatriz de cesárea representa un riesgo significativo en la morbilidad materna, por eso su diagnóstico precoz es de suma importancia, realizado con ayuda ecográfica principalmente, debido que de esta manera se visualiza de forma directa la localización del saco gestacional

implantado en el defecto de la cicatriz de cesárea, a diferencia del embarazo ectópico tubárico, este puede progresar asociado a complicaciones como el trastorno del espectro de acretismo placentario (1). Su incidencia está aumentando a causa del aumento de cesáreas realizadas en las instituciones de salud (2).

Forma de citar este artículo: Peraza K, Conde A, Giannoni L. Embarazo en cicatriz de cesárea: a propósito de un caso. Rev Venez Ultrason Med. 2024; NS4(2-3): 106-111. DOI: 10.57097/REVUM.2024.4.2-3.6

Dirección para correspondencia: Dra. Kirsten Peraza, drakirstenperaza16@gmail.com

Tabla 1. Clasificación Embarazo en Cicatriz de Cesárea

Tipo	Características
Tipo I	Saco Gestacional cerca o adyacente a cicatriz de cesárea
Ia	Cerca del segmento de la cavidad uterina
Ib	En el canal cervical
Tipo II	Implantación
IIa	Miometrio mayor o igual 0.2cm
IIb	Miometrio menos 0.2cm – mayor 0.1cm
TipolIII	Infiltración
IIIa	Miometrio menor 0.1cm, saco gestacional no ha protruido a través de la serosa
IIIb	Saco gestacional prominentemente protruido a través de la serosa

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 29 años de edad, quien acudió por presentar amenorrea de 5 semanas y prueba de embarazo positiva. Niega antecedentes patológicos personales o familiares. Entre sus antecedentes gineco - obstétricos: III gesta, II cesárea (2012 y 2020), último parto complicado con hipotonía uterina. Usuaria de dispositivo intrauterino tipo T de cobre desde 2020. Acude con dolor pélvico persistente y ausencia de sangrado genital. Examen físico: paciente en buenas condiciones generales. Paraclínicos: β HCG: 239 mUI/ml. Ecosonograma

transvaginal con transductor de 7,5 MHz: Útero en antroversoflexión, forma y superficie regular, miometrio homogéneo, con imagen en istmo uterino ovalada, anecoica con diámetro: 1,05 cm, halo ecogénico de doble contorno y vaso periférico *doppler* positivo, sugestivo de saco gestacional ectópico sin embrión en su interior, sin vesícula vitelina presente). Imagen lineal ecogénica a 1 cm de orificio cervical externo (sugestiva de dispositivo intrauterino descendido), ovarios normales. En vista de los hallazgos, la impresión diagnóstica es: a) Embarazo ectópico a nivel de cicatriz de istmo uterino; b) DIU descendido (Figura 1 y 2).



Figura 1. Eco Transvaginal con Imagen Saco Gestacional en Cicatriz de istmo uterino

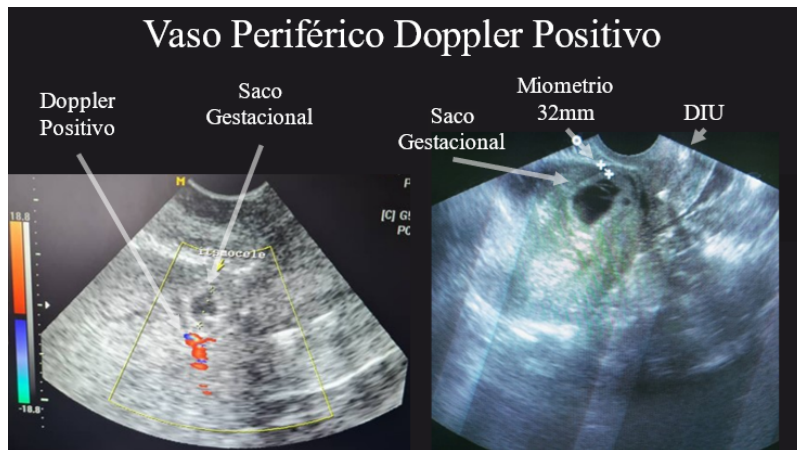


Figura 2. Vaso periférico *Doppler* Positivo – Imagen DIU descendido

Se indica: a) metotrexato 50 mg intramuscular interdiario por 5 dosis, b) ácido fólico 15 mg vía oral interdiario por 5 dosis, c) aspiración manual endouterina (AMEU) ecoguiada, al culminar tratamiento médico inicial. Antes de la aspiración, se evidencia en la ecografía transvaginal embrión sin actividad cardíaca (Figura 3). Bajo sedación

se realiza aspiración ecoguiada, obteniéndose dispositivo intrauterino, tipo T de Cobre, 100 cc de restos ovulares y secreción hemática no fétida, dejándose cavidad uterina indemne. Posterior a 24 horas, se observa: útero en anteversoflexión, borde y superficie regular, miometrio homogéneo, endometrio lineal, ovarios normales (Figura 4).

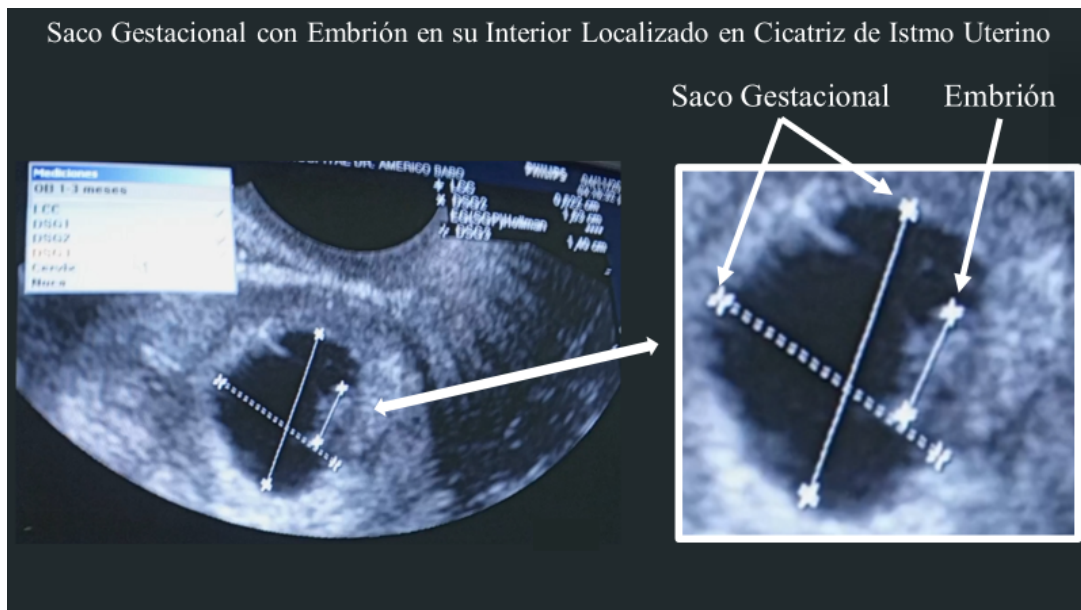


Figura 3. Saco Gestacional con embrión en su interior localizado en cicatriz de istmo uterino.

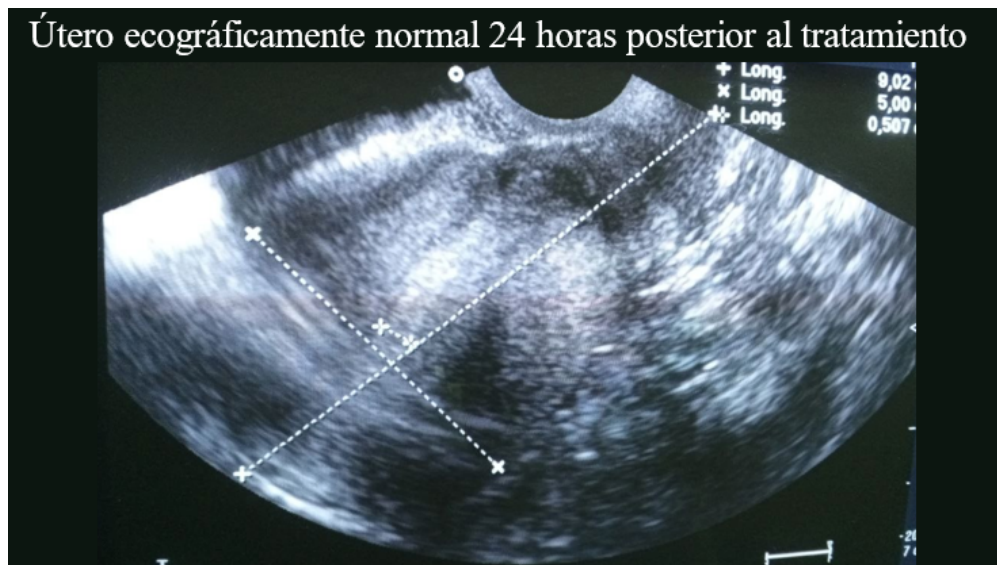


Figura 4. Útero ecográficamente normal 24 horas posterior al tratamiento

DISCUSIÓN

El embarazo en cicatriz de cesárea es una implantación anormal del saco gestacional en el defecto miometrial, justo en el sitio de cicatrización de una cesárea previa; es una complicación grave que amenaza la vida de la gestante. El istmocele es una cavidad que se forma en la cicatriz uterina después de una cesárea, caracterizado por un área débil y adelgazada en el sitio de cicatriz de una cesárea previa, ecográficamente se observa como un área hipoeoica que refleja la discontinuidad del miometrio en el sitio de cicatriz de cesárea. Se presenta en 1:1800 a 1:2000 embarazos de pacientes con antecedentes de 1 o más cesáreas, sin embargo, no hay registros suficientes que evalúe la incidencia de embarazos en cicatriz de cesárea (3-5).

Entre los factores de riesgo se encuentran: cicatriz de cesárea, número de cesáreas, útero en retroversoflexión, diabetes, sobrepeso, infecciones perioperatorias, miomectomías (3). Se evidencia un 25,8% de casos que terminan en parto

a término, también se ha asociado con múltiples resultados adversos como: aborto espontáneo (20,1 %), muerte fetal (8,3 %), parto pretérmino, histerectomía (52,6 %), shock hemorrágico (39 %), ruptura uterina (10 %), espectro de acretismo placentario (75 %), placenta percreta (3, 4, 6).

En cuanto a la fisiopatología, se describe que el saco gestacional se implanta en el tejido fibroso cicatricial de una histerotomía por cesárea previa. El blastocito entra en un tracto de dehiscencia microscópica de la cicatriz de una cesárea anterior. El trofoblasto remodela el lecho vascular para permitir el flujo sanguíneo de baja resistencia y alta velocidad hacia el embrión, fisiológicamente detenido por una capa de fibrina entre la zona límite del endometrio y la capa de citotrofoblasto (4). La cirugía uterina previa o intervenciones quirúrgicas uterinas previas conducen a una decidua basal delgada o ausente. Además, la pérdida de miometrio en el sitio de la cicatriz altera la contractilidad uterina contribuyendo a una hemorragia excesiva (4). Los criterios

diagnósticos son: cavidad uterina vacía con saco gestacional ubicado anteriormente al nivel del orificio interno incrustado en el sitio de la cicatriz de cesárea del segmento uterino inferior anterior, capa delgada o ausente de miometrio entre el saco gestacional y la vejiga, evidencia de circulación trofoblástica/placentaria prominente en la evaluación *doppler* y canal endocervical vacío (3) Existen varias clasificaciones, en 2024, Fu Peiying y cols. (7) describen la aplicación clínica de un nuevo sistema de clasificación y evaluación del embarazo en cicatriz de cesárea, distribuyendo las pacientes en tres grupos: cerca de la cicatriz de cesárea, implantadas en el miometrio y las que presentaron infiltración (7)

En vista de las graves complicaciones que se presentan, poniendo en peligro la vida de la gestante, es importante el diagnóstico precoz, preferiblemente en el primer trimestre del embarazo (3, 8). En pacientes con edad gestacional menor a 8 semanas y asintomáticas se puede hacer uso de tratamiento médico con metrotexato. Las estrategias de tratamiento quirúrgico recomendadas, según sea la clasificación, propuesta por Ban y cols. (8) son: aspiración con o sin histeroscopia bajo guía ecográfica (Tipo I); aspiración con histeroscopia, ecoguiada (Tipo IIa); histeroscopia con monitorización laparoscópica o escisión transvaginal (Tipo IIb); escisión laparoscópica o escisión transvaginal (Tipo IIIa); escisión laparoscópica después de una embolización de las arterias uterinas o laparotomía (Tipo IIIb). El manejo quirúrgico tiene mejores tasas de éxito y bajas tasas de complicaciones, ya evidenciado en una evaluación sistemática de los tratamientos para embarazo en cicatriz de cesárea. La fertilidad futura puede estar comprometida y los embarazos también.

Criterios de éxito: resección completa del producto de la concepción, sin necesidad de cambiar a una estrategia quirúrgica de segunda

línea, ausencia de complicaciones importantes, sin reingreso para tratamiento adicional, niveles de BHCG (en español, siglas de la sub unidad Beta de la Gonadotropina Coriónica Humana) que regresen a la normalidad dentro de las siguientes 4 semanas (8-10).

CONCLUSIONES

El embarazo en cicatriz de cesárea es un embarazo que se implanta en un defecto miometrial causado por dehiscencia en la cicatriz de una cesárea en el segmento uterino inferior, donde la paciente desarrolla complicaciones tan graves como shock hipovolémico y por eso es fundamental su diagnóstico temprano. El diagnóstico requiere una revisión ecográfica exhaustiva.

CONFLICTO DE INTERES: no se declaran conflictos de interés por los autores.

REFERENCIAS

1. Kaelin Agten, A., Jurkovic, D., Timor-Tritsch, I., Jones, N., Johnson, S., Monteagudo, A., Huirne, J., Fleisher, J., Maymon, R., Herrera, T., Prefumo, F., Contag, S., Cordoba, M., Manegold-Brauer, G., & CSP Collaborative Network. (2024). First-trimester cesarean scar pregnancy: a comparative analysis of treatment options from the international registry. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(6), 669.e1-669.e19. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.028>
2. Lin, Ruby. (2023) Embarazo ectópico por cicatriz de cesárea: matices en el diagnóstico y tratamiento. *Fertilidad y esterilidad*, Volumen 120, Número 3, 563-572. [https://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(23\)00705-7/fulltext](https://www.fertstert.org/article/S0015-0282(23)00705-7/fulltext)
3. D'Antonio F, Cali G, Khalil A, Timor-Tritsch T. (2022) Cesarean Scar Pregnancy, Visual Encyclopedia of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, www.isuog.org,

4. Russell Miller, Cynthia Gyamfi-Bannerman. (2022) Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #63: Cesarean scar ectopic pregnancy. American Journal of Obstetrics and Gynecology, Volume 227, Issue 3, 2022, Pages B9-B20, ISSN 0002-9378, <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.024>
5. Quintero, L., *et al.* (2023) Istmocele: incidencia por ecografía e histeroscopia y síntomas clínicos asociados en pacientes con antecedente de cesárea. Rev Obstet Ginecol Venez.; 83 (3): 295-301. Vol. 83, N° 3, julio 2023. <https://doi.org/10.51288/00830308>
6. Silva B, Viana Pinto P, Costa MA. (2023) Cesarean Scar Pregnancy: A systematic review on expectant management. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2023 Sep;288:36-43. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.06.030. Epub 2023 Jul 1. PMID: 37421745. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37421745/>
7. Fu, P., Zhang, L., Zhou, T., Wang, S. y Liu, R. (2024). Aplicación clínica de un nuevo sistema de clasificación y evaluación del embarazo por cicatriz de cesárea y un sistema de puntuación de riesgo. Revista Internacional de Medicina General , 115-126. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/IJGM.S445327>
8. Ban *et al.* (2023) Cesarean Scar Ectopic Pregnancy Classification System. Vol. 141, No. 5, May 2023. <https://sostelemedicina.ucv.ve/documentos/manuales/cesarean-scar-ectopic-pregnancy-clinical-classification-system.pdf>
9. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Goldstein SR. (2024) Early first-trimester transvaginal ultrasound screening for cesarean scar pregnancy in patients with previous cesarean delivery: analysis of the evidence. Am J Obstet Gynecol. 2024 Dec;231(6):618-625. doi: 10.1016/j.ajog.2024.06.041. Epub 2024 Jun 30. PMID: 38955324. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38955324/>
10. Sun H, Wang J, Fu P, Zhou T, Liu R. (2024) Systematic evaluation of the efficacy of treatments for cesarean scar pregnancy. Reprod Biol Endocrinol. 2024 Jul 18;22(1):84. doi: 10.1186/s12958-024-01256-0. PMID: 39026328; PMCID: PMC11256510. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39026328/>

Recibido: 24 de julio de 2025

Aprobado: 15 de noviembre de 2025