

## EMBARAZO CERVICAL

Dr. Rubén Bucheli Terán\*  
Dr. Fabián Orbe Garcés\*  
Dr. Eduardo Bucheli Terán\*\*

En esta publicación se presentan dos casos de embarazo cervical, diagnosticados y tratados en la Maternidad "Isidro Ayora".

El hecho de que el embarazo cervical sea de presentación muy rara y tenga una incidencia muy baja, y además el que no se lo haya encontrado reportado en la literatura local nos ha motivado a realizar esta publicación.

Probablemente se han presentado otros casos, pero por falta de investigación adecuada no ha sido reportados o se los ha catalogado como abortos.

A todo esto se suma el interés en recordar el manejo, diagnóstico y tratamiento de casos tan raros.

### CONCEPTO:

Al embarazo cervical se lo define como una de las variedades de embarazo ectópico, y es aquel que se implanta en el cuello del útero (10).

Schiniden en 1.946 sugirió un criterio muy estricto para considerar como embarazo cervical:

Embarazo cervical puro, si la placenta estaba insertada exclusivamente en el cérvix.

Embarazo itsmocervical, cuando la placenta

alcanzaba el itsmo.

Como en el embarazo cervical siempre se involucra el itsmo en algún momento, sería imposible saber si la nidación primaria fue en el itsmo o cérvix.

Para el diagnóstico de embarazo cervical el examen histopatológico es fundamental, pero existe también algunos criterios para el diagnóstico clínico.

Rubin en 1.911 propuso cuatro criterios básicos para el diagnóstico histopatológico:

1.— Debe haber glándulas cervicales presentes en el sitio de la inserción placentaria.

2.— La inserción de la placenta en el cérvix debe ser íntima.

3.— La totalidad o parte de la placenta, debe estar situada ya sea por debajo de la entrada de los vasos uterinos o debajo de las reflexiones peritoneales anterior y posterior.

4.— No debe haber elementos fetales en el interior del cuerpo uterino.

Pachman y McElin en 1.959 sugirieron estos criterios para el diagnóstico clínico:

1.— Sangrado uterino después de amenorrea y sin dolor acompañante.

2.— Un cérvix reblandecido y desproporcionadamente grande, igual o más grande que el cuerpo, adoptando la forma de un reloj de arena.

3.— Productos de concepción íntegramente confinados y adheridos al endocervix.

4.— Ostium interno cerrado.

5.— Ostium externo parcialmente abierto.

Shoroeder ha definido al embarazo cervical "como embarazo ectópico distal", considerándolo funcionalmente como embarazo extrauterino (6).

### CASO No. 1

Paciente de 27 años, casada, ocupación quehaceres domésticos.

A.G.O. Gesta 3 Cesárea, 1 Abortos, 1 F.U.M. 8 de Abril de 1.978.

Ingresa el 29 de Julio de 1.978 a la Maternidad Isidro Ayora de Quito con un embarazo de 16 semanas, por presentar hidrorrea desde hace 30 horas antes del ingreso y sangrado genital en gran cantidad y dolorhipogástrico irradiado hacia la región lumbo sacra. Al momento del ingreso el diagnóstico es aborto en curso.

El examen genital indica cérvix permeable al dedo índice, no se identifica membranas, se palpaban partes fetales, el útero corresponde a gestación de 16 semanas, borramiento del 80 por ciento, temperatura bucal 38 grados, ultrasonido no detecta latido fetal, se indica administración de Syntocinon 100 U. en 1000 cc de dextrosa y Ampicilina

\* Instructor del Postgrado de gineco—obstetricia. Departamento de graduados

\*\* Médico residente, Maternidad Isidro Ayora. Quito.

500 mg. IM cada seis horas.

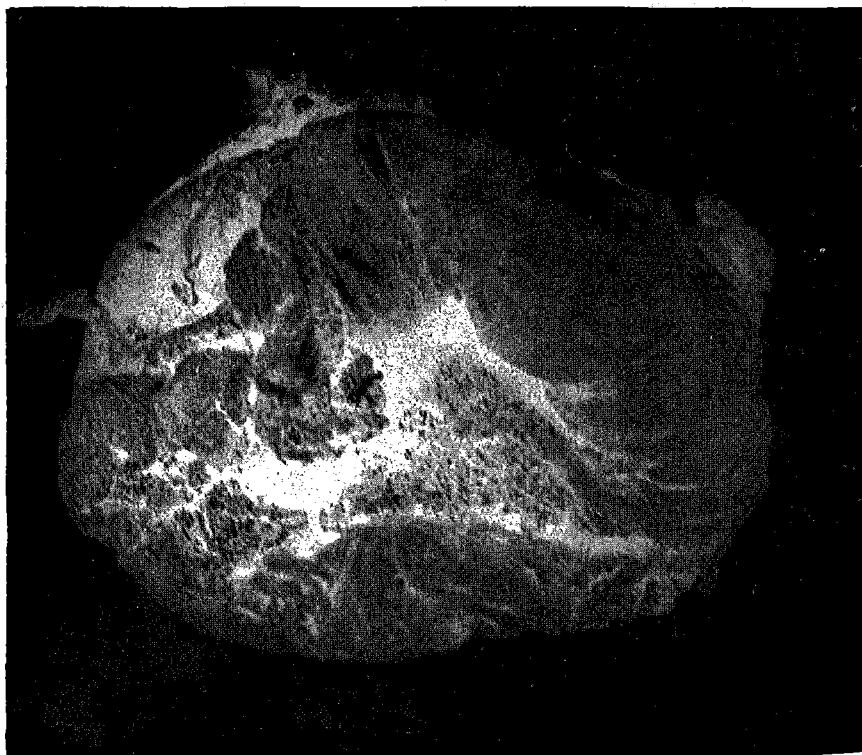
Luego de doce horas de conducción el examen genital indica 7 cm. de dilatación, borramiento 90 por ciento, contracciones uterinas ---- escaso sangrado.

Llamó la atención el hecho de que a pesar de haber una buena dilatación de cuello y contracciones uterinas intensas no se expulsa el feto, por lo cual se procede a realizar la extracción instrumental del mismo, al realizar la revisión instrumental del útero, se constató una cavidad en lo que co-

rrespondería al cuello del útero que mide aproximadamente 12 c. por ocho, de paredes extremadamente finas con comunicación con una cavidad de paredes gruesas de aproximadamente 7 por 4 cm.

Luego de la revisión hay pérdida abundante de sangre genital a tal punto que la paciente entra en estado de shock, se procede a realizar histerec-tomía total con anestesia general con administración de sangre transoperatoria.

Durante el post-operatorio la paciente evolucionó satisfactoriamente, egresando en buenas condiciones.



El examen histopatológico: se recibe útero piriforme con gran deformación del cuello el que se halla desgarrado y cubierto por coágulos hemorrágicos, el útero mide 10,5 cm. de longitud por 7,3 de diámetro y por 4,8 cm, de espesor, a nivel del cuerpo. El cuello mide 8 por 5,5 cm, en sus mayores diámetros. Al abrir la cavidad se encuentra que éste está desocupado y que el espesor de la pared es 1,5 cm. Al examen microscópico: útero que presenta a nivel del cuello, área de implantación de coágulos con vellosidades coriales y decidua necróticos con



abundante infiltrado de leucocitos polimorfonucleares y necrosis. El infiltrado inflamatorio compromete el estroma cervical. El endometrio presenta reacción decidual y también abundante infiltrado inflamatorio agudo. Diagnóstico: Utero: Restos placentarios (compatible con embarazo cervical). Desgarro cervical. Cervicitis aguda. Endometritis aguda.

Dr. Guillermo López  
MEDICO JEFE  
SERVICIO DE HISTOPATOLOGIA  
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN

## CASO No. 2

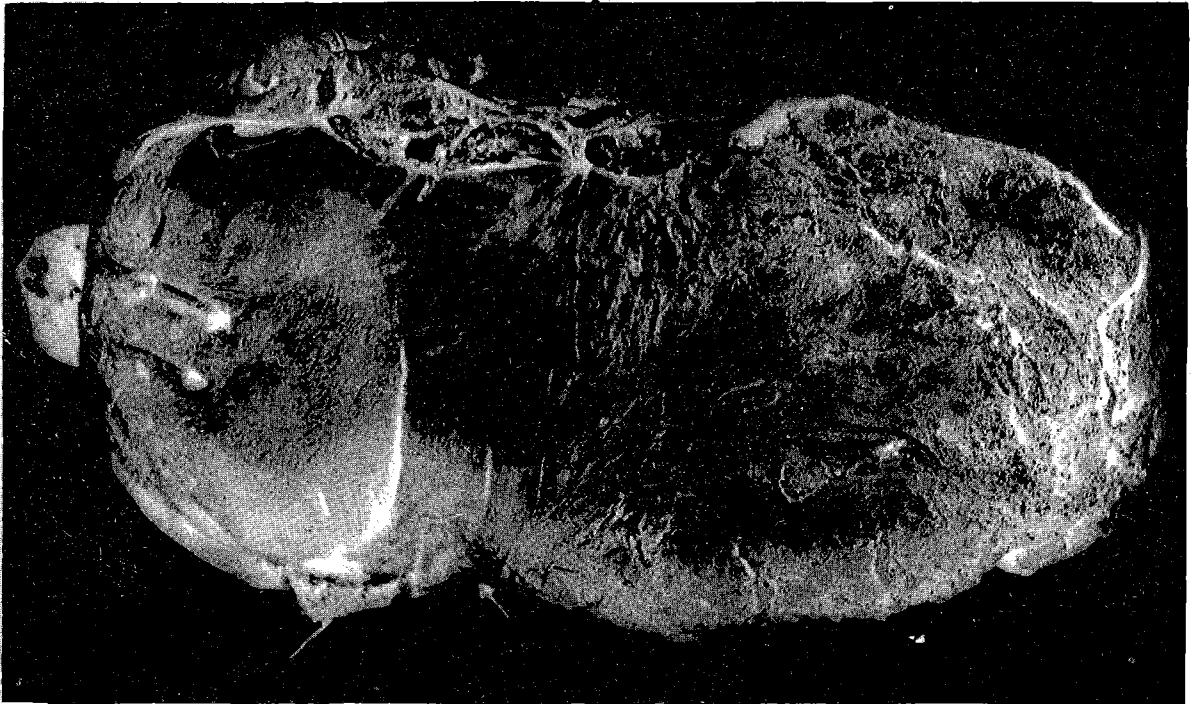
Paciente de 30 años, casada, Secretaria.  
A.G.O. G2 A1 F.U.M. 24—Junio de 1.979  
(Amenorrea de 12 semanas).

Ingresa por presentar sangrado genital abundante; el examen genital indica cérvix permeable a un dedo, cuerpo uterino corresponde a 12 semanas de gestación; se diagnostica aborto incompleto y se procede a realizar curetaje, histerometría inicial 8 cm., al efectuar dilatación y luego

raspado con cureta hay sangrado profuso, se realiza nueva histerometría que nos da 11 cm. Se indica laparotomía por perforación uterina con sangrado profuso. Se administra dos pintas de sangre y 1.000 cc. de hemacel.

Durante la laparotomía se diagnostica embarazo cervical, debido a la hemorragia uterina persistente y en abundante cantidad se decide realizar histerectomía total.

El postoperatorio es satisfactorio, la paciente egresa en buenas condiciones.



UTERO Y CERVIX

### EXAMEN HISTOLOGICO:

Utero que mide 11 x 6,5 x 4,3, cm. en sus mayores diámetros, deformado, dilatación notable del cuello y mide 6,5 x 5,5 x 3,8 a ese nivel.

Al abrir se observa presencia de coágulos, restos embrionarios a nivel de cavidad endocervical en su unión con el ístm.

Se observan tres nódulos subserosos y tres

nódulos intramurales, el mayor mide 2 cm. de diámetro mayor.

Microscópico: Se observan vellosidades coriales en el cérvix.

Diagnóstico: Utero: Embarazo cervical.

Dr. Guillermo López  
MEDICO JEFE  
SERVICIO DE HISTOPATOLOGIA  
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN

## COMENTARIO

El embarazo cervical es una forma muy rara de embarazo extrauterino (11).

La frecuencia de embarazo ectópico en la Maternidad "Isidro Ayora" es de 1 por cada 742 partos (12).

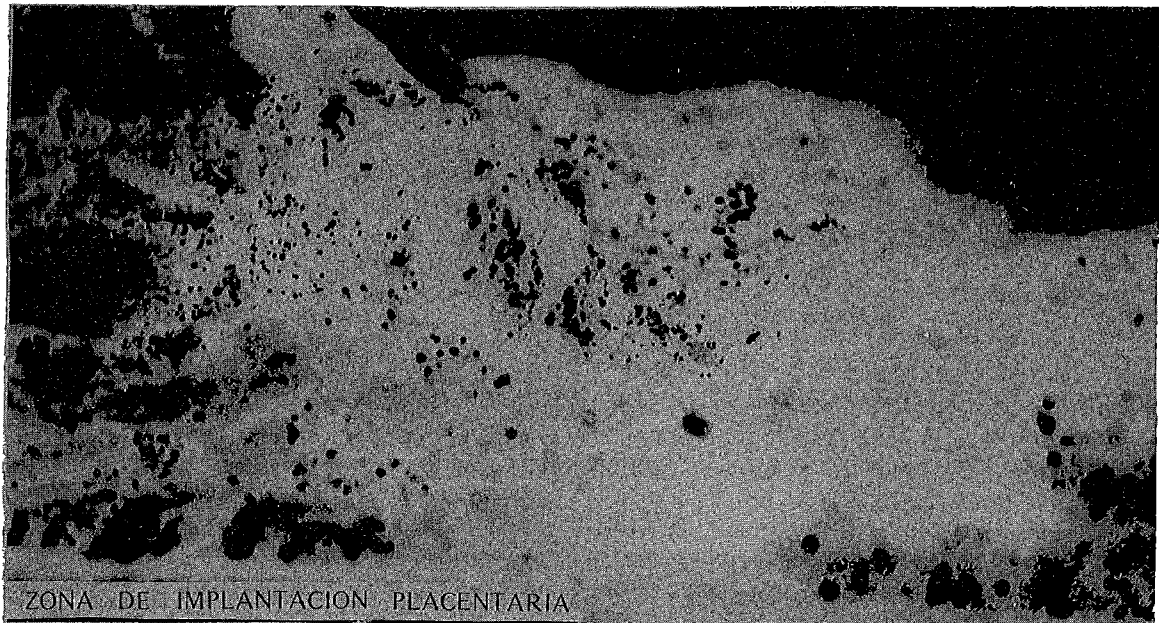
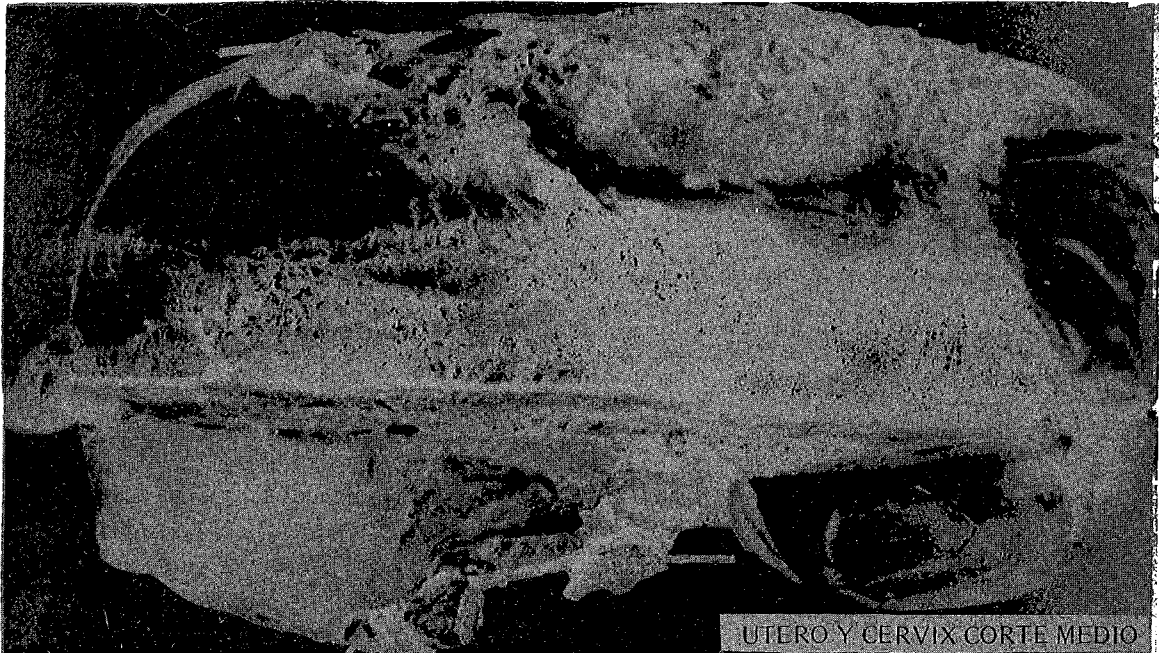
En el año 1.978 en la Maternidad "Isidro Ayora" se registraron 12.842 partos y un embara-

zo cervical que corresponde al primer caso de esta publicación.

El segundo caso corresponde a un embarazo cervical diagnosticado en Septiembre de 1.979.

Ambos casos tratados con Histerectomía de emergencia luego de realizar vaciamiento por vía baja.

Al parecer en los dos últimos años hemos tenido un embarazo cervical por cada año, lo que nos daría un embarazo cervical por 12-13.000 partos.



Ofelia Uzcátegui U. nos dá un embarazo cervical por 20.230 partos (1), 1.978.

Paolman y Mcelin (5) (1.955) 1:16.000  
Dees reporta (3) 1:18.000 embarazos.

Entre los japoneses al parecer la frecuencia es más alta, Shinagawa y Nagayama (1), reportan 1:1.000 embarazos.

Estos mismos autores encontraron reportado en el período 56-57 un total de 119 casos, de los cuales 19 eran propios (6).

#### ETIOLOGIA:

La etiología es desconocida. Existen algunos criterios acerca de la misma:

Ellingson en 1.950 postuló la hipótesis de que el óvulo pasaba por la cavidad uterina antes de la fertilización y de este modo se implantaba en el cuello (8).

Studdiford propuso la posibilidad de un transporte rápido del huevo, causando su ingreso al canal cervical antes que su nidación haya sido posible.

Shinagawa y Nagayama sugirieron una estrecha relación entre el aborto legal y la alta incidencia de embarazo cervical en el Japón (7).

De toda la literatura revisada más del 98 por ciento de embarazos cervicales reportados tienen antecedentes de manipulación quirúrgica.

Von Z. Cupz, J. Posfisl and E. Milickova, sugieren que en la etiología juegan dos factores un importante papel:

1. El pasaje rápido del huevo a la cavidad uterina cuando existe D.I.U.
2. Una porción de endometrio con una favorable y supuesta presentación para la nidación (4).

J. Zander, cita como factores etiológicos: curetajes y cesáreas anteriores, así como también defectos de la mucosa (5).

#### TRATAMIENTO

El hecho de que estos casos sean tan raros no dan la oportunidad de que el médico se familiarice y adquiera experiencia en el manejo de los mismos, jugando un papel fundamental el que el diagnóstico haya sido hecho antes del tratamiento, si este es precoz, se estudiarán todas las posibilidades y se tomarán también todas las precauciones en caso de una emergencia. Pudiendo discutirse la forma de evacuación y hemostasia posterior a la misma. Si el caso es avanzado, la forma de mantener este embarazo hasta cuando sea viable.

Cuando el diagnóstico es hecho posterior a la evacuación o al aborto, entonces lo que se trata es la emergencia.

Existen escasas dudas acerca de la conveniencia de practicar la histerectomía para controlar la hemorragia (9).

La muerte es debida a shock hipovolémico. La tasa de mortalidad según Rubin está entre 40 y 50 por ciento pero Babbist (7), ha registrado sólo 6 por ciento en 1.963.

Shinagawa 1969, reporta 19 casos de embarazo cervical, las 19 mujeres han tenido histerectomía total o subtotal (2).

En el British Medical Journal 76, se reporta un caso tratado con excisión local (3) en un embarazo de 12 semanas, se procedió a laparotomía por sangrado profuso, se colocaron clamps a nivel de uterinas, se drenó el embarazo y se colocó tappon, la paciente evolucionó bien.

La máxima dificultad en el manejo de estos casos es tomar la decisión de cuando realizar histerectomía; Mortimer como Dodek sugirieron que ésta debería realizarse cuando el embarazo haya pasado de las 8 semanas (3).

Flanagan propone que la excisión local es factible siempre y cuando exista necrosis decidual y trombosis terminal de los vasos placentarios, secundarios a la muerte del producto gestacional, y sólo en el caso de que esta circunstancia sea indudable (3).

#### RESUMEN

El embarazo cervical es una entidad de aparición poco frecuente, un caso por año en nuestro Servicio Hospitalario.

Su aparición es una posibilidad que siempre debe estar en la mente del médico el cual en lo posible tendrá un conocimiento profundo acerca de su manejo.

Las posibilidades de un tratamiento conservador son mayores cuando el diagnóstico es oportuno, y no es un hallazgo casual, luego de la evacuación del embarazo.

En los dos casos atendidos en la Maternidad "Isidro Ayora" la evolución fue satisfactoria, pero ambos casos se los trató como emergencia luego de un sangrado profuso que llevó a los pacientes al shock, recurriendo a la histerectomía como última posibilidad de salvar la vida de la paciente.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.— Uzcátegui O. Carrillo A. : Rev. Obste. Gynecol. Vol. XXXVIII. No 1, Caracas 1.978.
- 2.— Reaquid R. Van Lierde M.: J. Gynecol Obstet. Biol. Reproduc. París 3 (4): 577-94, jun. 1974.
- 3.— British Medical Journal: Cervical Pregnancy Managed by local excisión Octubre 1.976.
- 4.— Cupr Z.: et Al. Ectopic pregnancy on the vaginal part of the uterus. Zentralbl Gynecol 95 (3): 1385-7, 28 Sep. 1978.
- 5.— Keramopoulos A. Baltzer J. Zander J.: Late Cervical pregnancy. Geburtshilfe Frauenheilkd 37 (9): 768-70 Sep. 1.977
- 6.— Lange Ap, Sjoolie Ak.: Case report cervical pregnancy Acta Obstet Gynecol Scand 54 (1): 91-4, 1.975.
- 7.— Rothe Dj. Birnbaun S.J.: Cervical pregnancy diagnosis and managemet Obstet Gynecol 42 (5): 675-80 Nov. 1.973.
- 8.— Krosravi H. Campbell J. y Giustini F.: Int. Gynecol Obst. 14-237-11976.
- 9.— Williams.: Obstetricia, Anomalías del embarazo. Primera Ed. Salvat Editores México, 1.973.
- 10— Schwarcz.: Obstetricia, El embarazo patológico. 3era. ed. El Ateneo. Buenos Aires. pág. 512, 1978.
- 11— Botella LL.: Tratado de Ginecología, Patología Obstetrocoa 9na. Ed. Científico Médica Editorial. pág. 389 Tom. II Barcelona 1972.
- 12— Tribuna médica: Embarazo ectópico segundo número de septiembre No. 14 Tomo II- No. 6 1978.

## ANÁLISIS CRÍTICO DE LA MEDICINA RURAL EN LA PROVINCIA DE COTOPAXI\*

Dr. Patricio López J.\*\*

### ANTECEDENTES DE LA MEDICINA RURAL

Aunque las inquietudes de servicio médico a la comunidad en las zonas marginadas, había nacido en el seno de la Universidad y sus estudiantes, el ejercicio de la Medicina Rural no se concreta sino hasta el año 1.970, a través del Decreto No. 44 de fecha 3 de Julio del mismo año, cuando a la postre la Universidad ecuatoriana se hallaba clausurada.

\* Trabajo presentado en la Segunda Convención Nacional de Médicos Rurales. Cuenca

El programa de Salud Rural, en un principio limitado por falta de recursos, tanto físicos como humanos, ha experimentado en estos últimos años un gran incremento, a tal punto que en nuestra provincia hoy no existe ninguna parroquia que se halle desprovista de la presencia de un médico rural.

### SITUACION ACTUAL DE LA MEDICINA RURAL EN LA PROVINCIA DE COTOPAXI.—

#### COBERTURA DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD.

La ampliación de cobertura de servicios de salud, es política que ha mantenido y mantiene el Ministerio de Salud Pública en la última década. Desgraciadamente son numerosas las objeciones que debemos hacer a la planificación tanto en el nivel de prestación de servicios médicos, cuanto a la distribución del personal médico y paramédico y servicios asistenciales; es así como en zonas rurales concentradas o de alta productividad, se encuentran servicios médicos incluso en lugares cuya proximidad geográfica no justifica la presencia de un subcentro de salud, en cambio que, la población rural dispersa o la no integrada al sistema productivo se encuentra totalmente desamparada del servicio médico.

Esta situación ha determinado que, por iniciativa de los Médicos Rurales, se instauren servicios de extensión de cobertura a zonas que se mantienen totalmente marginadas, caso de: Maca, Canchagua, Salamalag, Cumbijín, etc., comunas que éstas sí, por su alta concentración demográfica y difícil acceso demandan la presencia permanente de un médico.

Creemos que mientras la cobertura de prestación de servicios no abarque a toda la población, la planificación y las prioridades deben responder a necesidades concretas de la comunidad y no

\*\* Profesor de la cátedra de Bioquímica. Departamento de Ciencias Fisiológicas. Presidente de la Asociación de Médicos Rurales del Cotopaxi.