

ESTUDIO DE CASOS

EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL, REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL
"DR. ENRIQUE GARCÉS"

Dr. LUIS BUSTAMANTE R.*; Dr. LUIS GUERRERO G.;
Dr. RAMIRO RECALDE**

Servicios de Gineco-Obstetricia y Patología** del Hospital Enrique Garcés*

RESUMEN:

Paciente 25 años, ingresa de emergencia con diagnóstico presuntivo de aborto incompleto por el sangrado que presentaba y la amenorrea de 14 semanas, 6 días, sin antecedentes patológicos ginecológicos; encontrándose al examen físico, un cervix dilatado 2 cm., un útero aumentado ligeramente de tamaño de 9 x 7 x 6; encontrándose ya en el piso de Ginecología, la paciente se complica con un sangrado profuso que lo lleva a un preshock hipovolémico y luego de intentar cohibir el sangrado con legrado el cual no se lo logra porque existen restos corioplacentarios firmemente adheridos al endocervix; por lo que se procede a restaurar volemia y laparatomizar a la paciente terminando en una histerectomía, lográndose parar la hemorragia salvándose a la paciente y luego de una evolución satisfactoria darle el alta a los 7 días postoperatorios. El diagnóstico clínico de embarazo ectópico cervical se confirma con el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica. (Revista F.C.M., 13 (3-4): 64, 1988).

El embarazo ectópico cervical se lo puede definir como la implantación del huevo fecundado en la mucosa del endocervix, por abajo del orificio interno; la mucosa es erosionada por el trofoblasto que se desarrolla así en la muscularis (1, 2, 3, 4). La etiología es aún desconocida; se postula como hipótesis un transporte rápido del huevo hasta el interior del cervix para su nidación en dicho lugar (2); otros refieren una fertilización del huevo luego de que éste ya ha pasado por la cavidad uterina; también se refieren como antecedentes, manipulaciones quirúrgicas y abortos provocados, así como el paso rápido del huevo fecundado por la cavidad uterina ante la presencia de un dispositivo intrauterino (5).

Se manifiesta por un sangrado anormal que muy raras veces alcanza las 20 semanas (2,

3, 6,7) el cual puede ser tan profuso que puede llevar a la paciente a un shock hipovolémico si no se actúa rápidamente en forma adecuada (7, 8). En ausencia de esta complicación se puede encontrar en estos casos al examen físico un cervix alargado, delgado, con el orificio externo parcialmente permeable, además de un alargamiento del fondo uterino (2, 9). Un sangrado insensible el momento de la nidación puede ser el primer signo de este cuadro, cuya características común es la hemorragia sin dolor. Hacia el principio del segundo trimestre puede haber dolor pélvico y de espalda con un sangrado vaginal brusco indicativo de una amenaza de aborto o de un aborto inevitable.

Un embarazo cervical nunca alcanza la viabilidad y debe hacerse un diagnóstico diferencial con: placenta previa, desprendimiento

normoplacentario, aborto provocado, embarazo ectópico de otra localización, tumor cervical, foco canceroso, hemorragia de venas varicosas del portio (2).

No se puede descartar embarazo ectópico en pacientes parapléjicas, siendo este un dato que muchas veces pasa desapercibido ya que su condición no impide tener relaciones sexuales y embarazarse (10).

Rubin, citado por Uzcátegui (2) exige 4 criterios para diagnóstico de embarazo cervical:

1. Glándulas cervicales presentes en el sitio de inserción placentaria.
2. Unión íntima de la placenta al cuello.
3. La placenta debe estar inserta por debajo de la reflexión peritoneal, tanto en la cara anterior como posterior.
4. El cuerpo uterino no debe contener feto.

La literatura reporta como único tratamiento salvador la histerectomía, luego de una reposición adecuada de la volemia para recuperar a la paciente del shock hipovolémico provocado por el sangrado profuso que acompaña a esta entidad (1, 6, 8, 11, 12).

En aquellas pacientes nulíparas, deseadas de embarazo, se refiere un tratamiento conservador expectante, mediante una circunsutura del cervix y un obturador intracervical, con muy pobres resultados (6). También aconsejan ligadura de arterias uterinas o ilíacas internas de acuerdo a paridad de la paciente (2).

Usualmente el inicio del tratamiento se realiza con una remoción del producto de la concepción mediante curetaje endocervical y de la cavidad endometrial pero siempre terminándose con histerectomía como tratamiento salvador definitivo.

Caso Clínico

Paciente de 25 años, casada, quehaceres domésticos, que ingresa al Hospital "Dr. Enrique Garcés" el 17 de noviembre de 1987 por el servicio de Emergencia con el diagnóstico presuntivo de aborto incompleto. En el piso, la historia clínica aporta los siguientes datos:

Antecedentes patológicos personales: Períodos convulsivos en la infancia, recibió tratamiento que no especifica; además alergia a la lana.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: menarquía a los 13 años cada 30 x 3 cantidad⁺⁺⁺ dolor ++; inicio de la actividad sexual a los 17 años, un compañero sexual, no paptest, no planificación, gesta 3, partos 2, hijos vivos 2, fecha de la última menstruación: 05-agosto-1987 amenorrea de 14 s: 6 d., planificación familiar, no.

Motivo de consulta: sangrado genital

Enfermedad actual; paciente con sangrado genital escaso de 48 horas de evolución.

Examen físico: cardiopulmonar normal, abdomen suave depresible, no visceromegalias.

Examen Ginecológico: vulva y vagina normales, cervix dilatado 2 cm., sangrado moderado con restos carioplacentarios en su interior, útero de 9 x 7 x 6.

Impresión diagnóstica de ingreso: aborto incompleto.

Plan: legrado instrumental complementario.

Paciente que durante el examen físico en el piso, luego de tacto vaginal y al retirar restos de endocervix presenta un sangrado profuso, llevando a la paciente a un preshock hipovolémico por lo que se realiza legrado de emergencia, encontrándose un cervix dilatado con restos en el interior firmemente adheridos, que no se los puede retirar ni con cureta ni pinza de aro. No pudiéndose controlar el sangrado se procede a restaurar volemia y laparatomía para realizar histerectomía con lo que se logra cohibir la hemorragia.

Luego, la evolución postoperatoria es satisfactoria; recibe tratamiento psicológico de apoyo y es dada de alta en buenas condiciones a los 7 días de hospitalización.

Hallazgos Histopatológicos:

Macrocópico: cervix con bordes notablemente hemorrágicos y necróticos, endometrio hemorrágico.

Microscópico: Cervix con mucosa endocervical parcialmente lisada con presencia de vellocidades coriónicas y zonas de hemorragia y necrosis; endometrio con glándulas tubulares.

Diagnóstico histopatológico: Embarazo endocervical.

Comentario

Hasta la fecha de ingreso de la paciente al Hospital se habían registrado 7992 partos vaginales y 2.500 partos abdominales (cesáreas), lo que nos podría permitir hablar de una incidencia de un embarazo cervical por cada 10.492 partos. Comparando con reportes de hospitales locales, en 1978 en la Maternidad Isidro Ayora se registraron 12.842 partos y 1 embarazo cervical dando un promedio de 1 embarazo cervical por cada 12.000 a 13.000 partos (1, 13).

Bucheli (1) en su trabajo nos ofrece datos de diferentes lugares así tenemos que: Ofelia Uzcátegui (U. Caracas-Venezuela) reporta 1 por 20.300 partos en 1987.

Paolman Mcelin 1955, reporta 1 por cada 16.000 partos; Dees en 1955 reportó 1 por cada 18.000 embarazos; Shinnagau y Nagayama de Japón, reportan 1 por 1.000 embarazos.

Algunos textos de Ginecología y Obstetricia mencionan esta patología muy escuetamente (3, 4, 9).

Estudios de embarazo ectópico en otros países tampoco mencionan incidencia de esta localización anómala (7, 14).

Estos reportes nos confirman la rareza de este cuadro clínico, tanto a nivel nacional como internacional, excepto en Japón, donde la incidencia es más alta (1). Todos coinciden en que el único tratamiento fue la histerectomía.

Según Uzcátegui (2), desde la legalización del aborto en Japón, la incidencia del embarazo cervical ha aumentado dando a este factor un papel importante en la etiología del embarazo cervical.

Bibliografía

1. Bucheli R., Orbe F: Embarazo (Cervical).

Revista de la Facultad de Medicina, vol. 4; pp. 107, 1978.

2. Uzcátegui O. Carrillo A.: Embarazo Cervical. Revista de Obstetricia y Ginecología Venezolana, Vol. 38, No. 1, pp. 27-28, 1978.
3. Williams: Embarazo Cervical. Obstetricia, Salvat Editores, México D.F., 1973, pp. 489.
4. Williams: Embarazo Ectópico. Obstetricia, Salvat Editores, México D.F., 1975, pp. 443.
5. Szklo M., León G.: Epidemiology of ectopic pregnancy. Epidemiologic Reviews, Vol. 9, pp. 70-94, 1987.
6. Botella LL, Clavero N: Tratado de Ginecología, Editorial Científica Médica, Barcelona, 1981, pp. 403.
7. Cherney A., Ervin J.: Embarazo Ectópico. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, vol. 2, Editorial Interamericana, Madrid/ 1985, pp. 459-473.
8. Marsden D., Cavanagh D.: Choque hemorrágico en Pte. Ginecología. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, vol. 2, Editorial Interamericana, Madrid, 1985, pp. 485-494.
9. Kaser O., Friedberg O.: Embarazo Cervical. Ginecología y Obstetricia, Salvat Editores, México D.F. 1971, pp. 654-655.
10. Redacción de T.M.: Errores en la práctica de urgencias. Tribuna Médica, vol. 1, Enero/mayo, pp. 26-27, 1978.
11. Novak E., Jones H.: Embarazo Cervical. Ginecología, Editorial Interamericana, México D.F., 1984, pp. 655.
12. González J.: Embarazo Cervical. Obstetricia, Salvar Editores, Barcelona, 1982, pp. 372.
13. Chico I.: Embarazo Ectópico. Tribuna Médica, Vol. 2 Sep/Dic., pp. 29-31, 1978.
14. Figueroa R.: Embarazo Ectópico en el Hospital Central, "Antonio Patricio de Alcalá", durante los años 1969 - 1974. Revista de Obstetricia y Ginecología Venezolana, vol. 36, No. 4 pp. 671-684, 1976.