



Congreso Mexicano de Obstetricia y Ginecología

EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL A PROPOSITO DE UN CASO.



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ISSSTE Ginecología y Obstetricia

Dra. Aimme Jacinto Rubio¹, Dra. María del Carmen Sánchez Escárcega², Dra. Candy Vázquez López³
1y 2. Médico Especialista de Ginecología y Obstetricia 3. Médico Residente de Ginecología y Obstetricia

INTRODUCCIÓN

El embarazo cervical es un raro tipo de embarazo ectópico en donde el embarazo se implanta en la línea endocervical. Su incidencia es de 1:16000 a 1:18000 en todas las gestaciones y representa el 0.1% de todos los embarazos ectópicos. En México algunos autores reportan una tasa de 1.6 embarazos ectópicos por cada 100 nacimientos.

El embarazo cervical se asocia con una morbilidad significativa y efectos devastadores sobre la fertilidad futura. Esto puede deberse al efecto de penetración profunda del trofoblasto a través de las paredes cervicales y hacia el suministro de sangre uterino. Históricamente, el 70% de los casos notificados requirieron histerectomía por pérdida masiva de sangre.

FACTORES DE RIESGO

- Instrumentación del canal endocervical
- Fertilización invitro
- Anomalías anatómicas, (miomas sinequias)
- Exposición a Dietilestilbestrol
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria
- Cesáreas previas
- Uso de DIU
- Anormalidades cromosómicas en el embrión
- Variaciones en el tono uterino
- Antecedente de cirugía cervical
- Enfermedad Pélvica Inflamatoria

CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

| CLINICOS | SONOGRAFICOS | ANATOMO PATOLOGICOS |
|---|---|---|
| Sangrado uterino no doloroso posterior al periodo o amenorrea | Elongación del cérvix | Las glándulas cervicales deben estar opuestas a la unión placentaria. |
| Cuello uterino ablandado y desproporcionadamente agrandado igual o más grande que la porción corporal del útero. Útero en reloj de arena | Aumento del diámetro longitudinal del útero. | La unión de la placenta al cuello uterino debe ser íntima. |
| Embrión confinado dentro y firmemente adherido al endocérnix | Ecos intrauterinos amorfos, difusos | La placenta debe estar situada, total o parcialmente, por debajo de la entrada de los vasos uterinos o por debajo del reflejo peritoneal en las superficies anterior y posterior del útero. |
| Orificio cervical interno cerrado | Ausencia de embarazo intrauterino | Los elementos fetales no deben estar presentes en el cuerpo uterino. |
| Orificio externo parcialmente abierto | El "signo de deslizamiento" detectado en el examen de ultrasonido transvaginal, cuando el saco gestacional de un aborto se desliza contra el canal endocervical después de una suave presión sobre el cuello uterino con la sonda vaginal. Este signo no se vería en un embarazo cervical implantado. | |

| CLINICOS | SONOGRAFICOS | ANATOMO PATOLOGICOS |
|----------|---|---------------------|
| | La demostración del flujo sanguíneo peritrofoblástico al concepto mediante ultrasonografía Doppler de flujo en color. El saco inviable, que pasa transitoriamente por el cuello uterino, no tendrá tal flujo sanguíneo y mostrará un signo de deslizamiento positivo, y el orificio interno cerrado lo diferenciará | |

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenino de la cuarta década de la vida originaria y residente de Toluca estado de México. Licenciada en educación básica. Casada. Sin antecedentes heredo familiares sin trascendencia para el caso, niega toxicomanias, niega enfermedades crónicas degenerativas. Embarazo previo de termino, con resolución abdominal hace 2 años. Se presenta al área de urgencias ginecológicas con embarazo de 16 SDG por FUM, refiriendo sangrado transvaginal importante, clínicamente con datos de choque hipovolémico secundario a hemorragia transvaginal.

SV: TA: 98/46 mmHg TAM: 135 mmHg Índice de choque 1.3 (choque clase III) FC: 56 FR:19 TEMP: 35 °

EF: femenino, Glasgow 14, mal estado general, con palidez de tegumentos ++, ruidos cardiacos con estertores o sibilancias, con murmullo vesicular presente. Normocéfala, abdomen globoso a expensas de útero gestante hipertónico, fondo uterino 16 cm, con feto único vivo e situación libremente escogida, FCF 135 LPM. Al tacto vaginal cérvix posterior con 1 cm de dilatación, con hemorragia severa proveniente de útero, no fétido, extremidades sin alteraciones.

Se realiza rastreo ultrasonográfico: encontrando embarazo a nivel cervical de 16 SDG con vitalidad, liquido amniótico normal, placenta posterior con hematoma aprox. 50%.

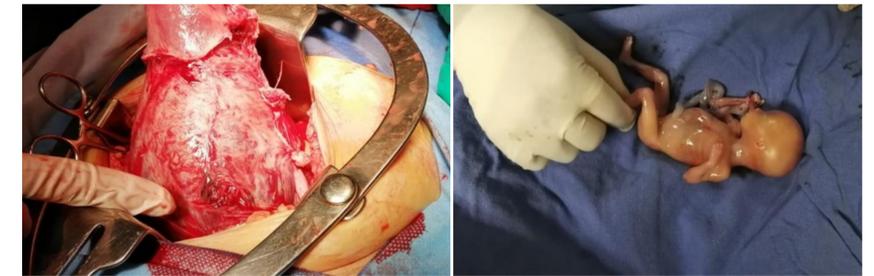


Se activa CÓDIGO MATER.

DX Prequirúrgico: gesta 2 cesárea previa embarazo de 16 SDG por FUM, choque hipovolémico grado IV por hemorragia obstétrica + PB embarazo ectópico (cervical) + CÓDIGO MATER.

Ingres a quirófano de urgencia para laparotomía exploradora, se realiza histerectomía en bloque, encontrando perdida de la anatomía, útero en reloj de arena, placenta insertada a nivel del segmento, con percrecimiento a vejiga, feto de 16 SDG con peso de 150 gr. Sangrado 3000 cc en sala, sangrado prequirúrgico 3000 cc.

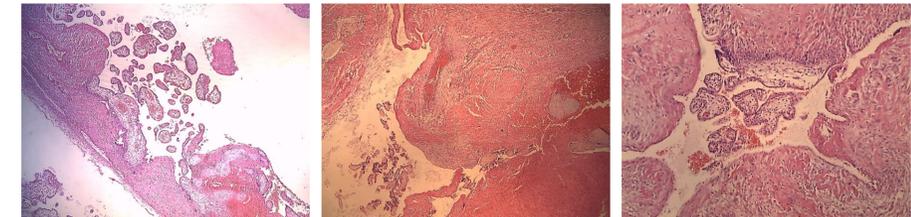
DX Postquirúrgico: puerperio patológico posoperada de lape + histerectomía obstétrica en bloque, salpingo oforectomía derecha por placenta previa total con percrecimiento a vejiga + choque hipovolémico IV por hemorragia obstétrica.



Foco de Acretismo placentario

Feto de 16 SDG

REPORTE HISTOLOGICO



HyE 10x, pared uterina

HyE 10x, vasos parametriales y hematoma con vellosidades

HyE 20x, miometrio con vellosidades coriales

CONCLUSIONES

1. El embarazo ectópico cervical es una forma rara de gestación ectópica con una alta tasa de morbimortalidad debido a la aparición, fundamentalmente, de cuadros hemorrágicos.
2. La expresión clínica más frecuente es la metrorragia indolora del primer trimestre. La cantidad del sangrado es variable, desde formas leves hasta hemorragias profundas espontáneas o en el transcurso de un legrado, que pueden llegar a requerir la realización de una histerectomía de urgencia
3. El diagnóstico actualmente se basa en la ecografía transvaginal, que nos permite hacer un diagnóstico seguro (visualización directa del saco gestacional implantado en el cérvix) y temprano
4. La detección temprana es el factor clave para el manejo conservador
5. La histerectomía abdominal total es el tratamiento de elección para pacientes con embarazos cervicales diagnosticadas durante el segundo trimestre.

REFERENCIAS

- Diagnostic and Therapeutic Dilemmas of Cervical Ectopic Pregnancy. Mohamed Maged Hosni, MD, MSc, MRCOG,* Rasika P. Herath, MRCOG,† and Mumtaz Rashid, FRCOG Volume 69, Number 5 OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SURVEY Copyright © 2014 by Lippincott Williams & Wilkins
- Cervical pregnancy Paola Bianchi, M.D., Massimo Maria Salvatori, M.D., Francesco Torcia, M.D., Giuliana Cozza, M.D., and Bruno Mossa, M.D.
- Non-tubal ectopic pregnancy Victoria Louise Parker
- M. Srinivas Received: 18 February 2015 / Accepted: 8 March 2016 Ó Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016