

EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL, REPORTE DE UN CASO CLINICO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL "GERMAN URQUIDI"

Dr. Carlos Ojalvo Satiesteban: Ginecólogo-Obstetra
 Dr. René Terán Mendizábal: Ginecólogo-Obstetra
 Dr. Antonio García Flores: Ginecólogo-Obstetra
 Dr. Jaime Laredo Espinoza: Ginecólogo-Obstetra
 Dr. Hedson Alvaro Villazón Villarroel: Residente de Ginecología-Obstetricia
 Dr. Regis Ojeda: Residente de Ginecología-Obstetricia

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de embarazo ectópico cervical en una paciente de 23 años de edad a quien se realiza una ecografía doppler reportando Masa compleja endometrial, Aborto retenido? y Mola invasora?, para descartar un embarazo molar se solicita una fracción beta de la hormona gonadotropina corionica humana cuantitativa la cual reporta 470 mUI/ml y se le realiza un legrado biopsia presentando un sangrado abundante e incoercible, pasando inmediatamente a quirófano para realizar una histerectomía de emergencia con diagnóstico de embarazo ectópico cervical? Hemorragia de la primera mitad del embarazo.

El reporte de histopatología dá como diagnóstico embarazo ectópico cervical endocervicitis crónica moderada - exocervicitis crónica con signos de displasia leve. Posteriormente presenta buena evolución post-quirúrgica y es dada de alta.

PALABRAS CLAVES: Embarazo ectópico cervical, histerectomía de emergencia, ecografía doppler.

INTRODUCCION

Embarazo Ectópico es la implantación del huevo fecundado en cualquier parte de la cavidad pelviana o abdominal que no sea la cavidad uterina. Es una

de las principales causas de muerte materna en el mundo, muchas veces liderando como la primera causa. En los últimos 20 años se ha incrementado su frecuencia alrededor de seis veces, con leve tendencia a disminuir en algunos países en los cuales se han implementado medidas para impedir enfermedades de transmisión sexual, especialmente por Clamidia, junto con un menor uso de dispositivos intrauterinos y un aumento del consumo de anticonceptivos hormonales.

El Embarazo Ectópico tiene una incidencia de aproximadamente un 1.8% a 2% de todos los nacimientos, su mortalidad es cada vez menor debido a la implementación de métodos de diagnóstico precoz que disminuyen la probabilidad que se complique evitando la rotura de la trompa, el hemoperitoneo y el shock por hemorragia.

CASO CLINICO

Paciente de sexo femenino de 23 años de edad proveniente de Oruro que ingreso con un cuadro clínico de mas o menos 3 días de evolución el cual se caracteriza por presentar mal estado general, alzas térmicas no cuantificadas, escalofríos, dolor pungitivo a nivel lumbar y polaquiuria sin disuria hace aproximadamente 1 mes.

Cursa embarazo de 1 mes y medio, ingresa portando un parcial de orina con leucocitos 22 por campo, hemograma con leucocitosis de 14.900 con segmentados de 89% una fracción beta cualitativa positiva.

Antecedentes Gineco - Obstetricos; G1, C1 UPM 1/09/06? FPP 8/06/07 ?

Menarca a los 12 años con ciclos regulares cada 28 días, duración entre 4 a 5 días, en moderada cantidad, dismenorreicos.

IVSA a los 16 años, reconoce dos parejas sexuales, conoce métodos de planificación familiar utilizo depoprovera durante seis meses.

Al examen físico la paciente se encuentra consiente, orientada, con mucosas húmedas y rosadas. SV: FC: 98 x' PA: 110/80 mmHg FR: 34 x' T° 39 C°

Cardiopulmonar: Clínicamente normal
Abdomen: Se observa cicatriz media infraumbilical, RHA (+) normoactivos, no doloroso a la palpación superficial ni profunda.

Región lumbar puño percusión del lado izquierdo positiva.

Genitales externos normales

Examen Especular: Vagina de paredes rosadas, cervix cerrado, no se observa sangrado, con presencia de secreción blanquecina con espumas.

Tacto vaginal: vagina de paredes elásticas, cérvix cerrado posterior.

Tacto bimanual: Utero en AVF de 9 x 7 cm mas o menos, anexos libres

Extremidades: tono y tropismo conservados.

Los diagnósticos de ingreso:

- G2 C1
- Embarazo de 5 semanas
- Infección urinaria alta
- Colpitis

Conducta: Hospitalización, Antibioticos (Cefazolina), Ecografía obstétrica

Exámenes auxiliares de gabinete; Se realiza una ecografía en fecha 04/10/06 que reporta un útero en AVF, ecotextura miometrial heterogenea, paredes regulares, mide 96x57x64 mm. Endometrio aparentemente lineal, no existiendo delimitación precisa. Trofoblasto no definido, dentro de cavidad uterina se observa imagen compleja heterogénea de bordes irregulares que invade miometrio, principalmente en pared lateral izquierda, con aumento de flujo en los vasos arcuatos al estudio Doppler. Anexos no visualizados, fondo de saco libre.

Imp. Dx:- Masa compleja endometrial, Aborto retenido ? y Mola invasora ?



Ilustración 1
Embarazo Ectópico Cervical

Se determina realizar una fracción beta cuantitativa en fecha 06/10/06 la cual reporta 470 mUI/ml, se decide realizar un legrado biopsia para estudio histopatológico.

En fecha 7/19/06 a horas 10:20 AM se realiza legrado uterino instrumental

Los hallazgos: Útero aumentado de tamaño de 9x6 cm., Cérvix dilatado 0,5 cm., Histerometría inicial de 9 cm. restos coriales de 5 gr. y sangrado de 600 cc. incoercible

“La paciente que durante el trans - legrado presenta sangrado abundante e incoercible, ante el diagnóstico ecográfico de imagen trofoblástica que invade a miometrio se sospecha de un embarazo ectópico cervical, previo pinzamiento del cérvix con pina Fester es trasladada inmediatamente a quirófano para la realización de una histerectomía con los diagnósticos de:

- Hemorragia de la primera mitad del embarazo
- Embarazo ectópico cervical ?

Los hallazgos: Utero aumentado de tamaño de 10x7 cm, Istmo cervical hipervascularizado, Trofoblasto que invade a pared uterina a nivel cervical e istmo uterino comprometiendo 2/3 de la misma, Anexos normales.

Diagnostico Histopatológico: EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL, ENDOCERVICITIS CRONICA MODERADA y EXOCERVICITIS CRONICA CON SIGNOS DE DISPLASIA LEVE La paciente presenta buena evolución en salas generales y es dada de alta



Ilustración 2
Útero con embarazo cervical
Pieza Anatómica



Ilustración 3
Utero con embarazo cervical
Pieza Anatómica

ANALISIS

Embarazo cervical, es una ubicación no habitual del embarazo ectópico constituye menos del 1% de los embarazos ectópicos. Por lo poco frecuente y su diagnóstico difícil, en casos no diagnosticados puede poner en peligro la vida de la paciente por la gran cuantía de la hemorragia cuando se desprenden. El ultrasonido es el método ideal para su diagnóstico, permitiendo ver un saco que está en canal, excéntrico, rodeado de intensa reacción decidual, a veces a una pequeña distancia del canal, con presencia de un orificio cervical interno cerrado (a diferencia de una gestación no viable en expulsión), cavidad uterina vacía, con una línea endometrial nítida, generalmente engrosada y homogénea. El ultrasonido por vía abdominal, en embarazos avanzados puede ser muy útil, porque a pesar de tener menor resolución, permite ver al útero en toda su longitud y su relación con vagina y vejiga. Se manifiesta a menudo por un sangrado silencioso, sin dolor, a veces asociado a molestias urinarias si se implanta hacia cara anterior y compromete vejiga.

El tratamiento ideal es el metotrexato, de persistir el sangrado, deberá hacerse una histerectomía o en caso de necesidad de conservar fertilidad una embolización de arterias uterinas. Este último procedimiento puede ser seguido de legrado de la cavidad donde se encontraba el saco y colocación de una sonda Foley en dicha cavidad por cuatro días.

El embarazo Ectópico en una paciente con cicatriz de cesárea anterior es un embarazo que está rodeado completamente de miometrio y cicatriz, se supone que ocurre por infiltraciones microscópicas de la cicatriz de cesárea por la cual se introduce el huevo fecundado. Debe verse a ecografía un saco con o sin embrión en el miometrio mismo, separado del canal cervical y ausencia de miometrio entre el saco y la pared vesical, lo que permite la diferenciación del embarazo cérvico-itsmico. Otro diagnóstico diferencial es con un aborto en evolución que se observa en el momento del examen en el canal. El diagnóstico debe ser precoz para un tratamiento oportuno con metotrexato o resección quirúrgica de la parte de la cicatriz comprometida. Ambas conductas evitarán una intervención de urgencia que en general terminan en histerectomía con aumento de la mortalidad materna. La sintomatología es inespecífica, cursando con metrorragia y dolor hipogástrico.

BIBLIOGRAFIA

- Alfredo Perez Sanchez_Enrique Donoso Siña, Gineco-Obstetricia 1999; 385-399
- Ricardo L. Schwacz, Carlos A Diverges, Gineco-Obstetricia 600-607
- Ginecologia de Gori. Jorge R Gori, Antonio

Larusso, Editorial el Ateneo 2º Edicion 2001 Buenos Aires Argentina.

- Terapeutica Ginecologica de Carlos J. Calatroni-Vicente Ruiz, 10º Edicion
- Gistrap. Cunninham. VanDorsten: Urgencias en Sala de Partos y Obstetricia Quirúrgica; 2ª Edición; Editorial Medica Panamericana;270:291.
- Arana Isla Valdez. Comportamiento de la histerectomía obstétrica. Resultado de 6 años 2004, Obstetricia y Ginecología. 1999; 236:238
- Navia F. y Col. Histerectomía Obstétrica, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2004; 385:388
- Te Linde. Ginecología Quirúrgica, 8ª Edición, 1999; Editorial Medica Panamericana. S.A. Buenos Aires, Argentina; 879;895.
- Willams. Obstetricia, 22ª Edición, Editorial Mc Graw Gil. Buenos Aires, Argentina, 2006; 558:561, 480:488, 637:724.
- Chang. Histerectomía en obstetricia. Tesis Universidad Mayor de San Marcos, Lima Perú 1994.
- Espinoza Gonzales A. Histerectomía Obstetricia, Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 1988 Volumen 53; 329:333