

EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL

Dres: Ennio ROCCA A., Alejandro SIU A., Alberto GONZALES A.,
Víctor MENDOZA P.

Departamento de Obstetricia y Ginecología
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA

RESUMEN:

Presentamos un caso de gestación ectópica de implantación cervical, cuyo diagnóstico se efectuó en el mismo acto operatorio, en el cual se realizó una histerectomía total más salpingectomía bilateral con conservación de ovarios.

El estudio anatomopatológico de la pieza demostró que se trataba de un embarazo Ectópico Cervical ya que cumplía con todos los criterios enunciados por Rubin.

1. INTRODUCCION:

Presentamos a consideración del presente Congreso Peruano de Ginecología y Obstetricia un caso, tal vez el único reportado de gestación cervical en este Centro Hospitalario desde donde se tiene conocimiento. Aunque ya existen casos reportados en otros centros de Lima (1), (5).

Embarazo ectópico, es toda gestación que está anidada fuera de la cavidad uterina (2), (3), (8). El orden de frecuencia en cuanto a localización de la gestación ectópica varía en la casuística de cada centro (2), (3), (6), (8) (9), remitiéndonos a lo que menciona Mattingly en su texto (2), apreciamos que el mayor porcentaje se localiza en la trompa (95 o/o - 97 o/o), intestinal o cornual (2 o/o - 4 o/o), ovárico (0.5 o/o) y finalmente los de localización cervical (0.1 o/o) y abdominal primario (0.03 o/o).

Por los motivos anteriormente mencionados y por la escasa o rara frecuencia de presentación de la gestación ectópica cervical, es por lo que a continuación exponemos el siguiente caso.

II CASO CLINICO:

Se trata de una paciente de 39 años de edad identificada con Historia Clínica No. 146627 del Hospital Arzobispo Loayza, la cual acude el 16/6/81 a consultorio externo por presentar amenorrea de 9 semanas y sangrado vaginal profuso desde hace 18 días, de allí es transferida inmediatamente al Servicio de Emergencia.

Su menarquia fue a los 12 años, la fecha de su última regla 8/5/81 G: 2, P: 2002, a los 15 años fue sometida a una nefrectomía del lado derecho por causas que desconoce, niega otros antecedentes. Estando en el Servicio de Emergencia, el sangrado se hace más profuso, llegando al pre shock, se dio terapia de reposición y mantenimiento y llevada inmediatamente a sala de operaciones con el diagnóstico de anemia aguda con signos de pre shock por hemorragia genital, probable aborto incompleto.

En S.O.P. el operador realiza examen bajo anestesia y a través de los orificios cervicales, los cuales estaban abiertos, encuentra útero aumentado de tamaño, correspondiente a más o menos 8 semanas de gestación y perforación a nivel del istmo, por lo que decide la laparotomía, abierta cavidad no se evidencia hemoperitoneo, pero, sin embargo, el útero a nivel del istmo se aprecia tumoración purpura de apariencia trofoblástica de más o menos 2.5 cm. de diámetro.

Se procede a realizar histerectomía total más salpingectomía bilateral con conservación de ovarios. Al abrir y revisar la pieza, macroscópicamente encontramos los siguientes caracteres: cuello uterino dilatado y ocupado por una tumoración de forma redondeada de más o menos 2.5 cms. de diámetro, de consistencia vesiculosa implantada en la cara anterior del cuello y el istmo distendido hasta el peritoneo. Se remitió la pieza a anatomía patológica con el diagnóstico de gestación molar vs. Embarazo Ectópico Cervical.

El informe de patología (No. 813180) confirmó el diagnóstico de gestación ectópica cervical, ya que, cumplía los criterios de Rubin (2), (7).

III COMENTARIO:

El embarazo ectópico de implantación cervical es una presentación rara, por lo poco frecuente, no se piensa en él y por ende en el diagnóstico, el cual muchas veces se realiza en el acto quirúrgico. En el momento en que se constata esa entidad, si la gestación es muy temprana, se puede realizar una evacuación conservadora mediante dilatación y raspado cuidadosos como lo refiere Whittle y colaboradores (2), (10). Sin embargo, si el sangrado es

profuso o si la gestación es mayor de 8 semanas, no debe intentarse el raspado, sino que la actitud debe ser mas agresiva y se debe efectuar la histerectomía abdominal total según recomienda Mortimer (2).

Para el diagnostico anatomico patológico de gestación ectópica cervical, los criterios fueron establecido por Rubin desde 1911 y estos son: 1) Reconocer presencia de glándulas cervicales frente a la fijación placentaria; 2) La fijación de la placenta al cérvix debe ser íntima; 3) La totalidad o una porción de la placenta debe estar colocada por debajo de la entrada de los vasos uterinos o de la reflexion peritoneal en las caras anterior y posterior del útero, y 4) En el cuerpo uterino no deben estar presentes elementos fetales. (7).

Dentro de las series mundiales publicadas, las provenientes del Japón, son las que presentan mayor frecuencia de gestaciones ectópicas de implantación cervical (2). La posible explicación es la alta frecuencia del aborto electivo que se practica en dicho país, donde el curetaje repetido, que despule y erosiona al cérvix, pudiera favorecer así la implantación cervical (4).

IV. BIBLIOGRAFIA:

1. MARADIEGUE E., BRENNESSEN M., Embarazo Ectopico Cervical, reporte de un caso. Abstractos del IX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, 1978.
2. MATTINGLY R.M.D., Te Linde's Operative Gynecology 5o. Ed. Lippincott Co., 1977.
3. NOVAK, J.J., Tratado de Ginecología 8o. Ed. Interamericana, 1971.
4. PANAYOTU P.P. et al. Induced Abortion & Ectopic Pregnancy, Am. J. Obstetric Gynecol. 114: 507. 1972.
5. PACHECO B. y PACHECO R., Embarazo Cervicofundamental. Abstractos del IX Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología, 1978.
6. RESNICK L., Cervical Pregnancy. South African Med. J. 36: 73, 1972.
7. RUBIN C., Surg. Gynec and Obst. 13: 625, 1911
8. TE LINDE R. Y MATTINGLY R., Operative Gynecology 4o. Ed. Lippincott Co., 1970.
9. WEBSTER A. Y PRICE J.J., Cervical Pregnancy. Am J. Obst. Gynecol. 99: 134, 1967.
10. WHITTLE M.J., Cervical Pregnancy Management by Local Excisión. Br. Med., 2: 795: 1976.