

EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL

Eduardo Maradiegue — César Salinas — Alfredo Breneissen

El embarazo ectópico cervical es una de las formas más raras de embarazo ectópico. Fahmy (1) reporta que la frecuencia es de 1 en 9 575 — 152 219 partos, sin embargo, algunos autores refieren que es mucho más frecuente ya que hay casos que no son reportados o no son diagnosticados (2, 3).

Como posibles causas de esta implantación ectópica refieren que puede ser debido a:

- 1) Un trasporte muy rápido del óvulo fecundado.
- 2) Una nidación tardía con una ampliación del orificio interno del cuello uterino (4).

Presentamos un caso de embarazo ectópico cervical.

PRESENTACION DEL CASO

Anamnesis. — Pariente A. S. S. de 19 años, G. 10. P 5045 con fecha de última regla el 30 de setiembre de 1974. Ingresó al Hospital General Base Cayetano Heredia el 24 de noviembre de 1974, refiriéndose que los días 23 y 26 de octubre presentó sangrado vaginal escaso; consultó a un facultativo quien le diagnosticó amenaza de aborto y desapareció el sangrado, con el tratamiento indicado. Un Pregnosticón el 15 de noviembre fue positivo y desde 4 días antes de su ingreso al hospital presenta sangrado vaginal y sensación de tumoración en la vagina. Como antecedente en el mes de junio de 1972 se le practicó Colporrafia Anterior más Legrado Uterino Fraccionado.

Examen Físico. — Examen general: dentro de límites normales. Examen ginecológico: Vagina con abundantes coágulos. Cérvix, con orificio externo abierto: en labio anterior se encuentra formación de más o menos 2 cm. de diámetro, se extrajo dicha formación quedando una cavidad de 3 x 2 x 2 cm. de superficie regular. Utero de aproximadamente 7 cm., de consistencia ligeramente blanda. Resto del examen normal. Diagnóstica: Embarazo Ectópico Cervical.

Evolución. — A la paciente se le colocó un tapón vaginal por un día, retirándolo sin presentar sangrado. El día 30 de noviembre reinicia sangrado vaginal en escasa cantidad y el día 3 de diciembre, por sangrado vaginal abundante, es operada de urgencia practicándosele Histerectomía Abdominal Total. La paciente tuvo un post operatorio sin complicaciones excepto cuadro de infección urinaria, saliendo de alta al décimo día de operada.

Anatomía patológica. — Descripción Macroscópica: Se recibe útero fijado en formol, que mide: 5, —8 x 8, —1 x 3, —7 cm. de color rosado de consistencia firme. El cérvix mide: 2, 6 cm. y el orificio externo: 1 cm. Al corte se observa en el canal cervical una formación de tejido de color marrón oscuro que hace prominencia hacia la luz cervical, que mide 2, —1 x 1, —4 x 0, 6 cm.; la zona de implantación está a 1, 1 cm. del orificio externo. El endometrio mide: 0, 1 cm. y el miometrio: 1, 8 cm.

Descripción Microscópica: En el cérvix se observa la zona de implantación con áreas de fibrina y trombosis vascular; metaplasia recidual; presencia de vellosidades corióticas degeneradas y células sinciliales, además, abundantes leucocitos polimorfonucleares, en relación a cervicitis crónica y aguda. El endometrio se observa infiltrado por abundantes linfocitos y células plasmáticas.

Impresión Diagnóstica: Embarazo Ectópico Cervical. Endometritis Crónica.

DISCUSION

En 1961 Thomson (5) al revisar la literatura encontraron 100 casos de embarazo ectópico cervical. La incidencia varía de acuerdo con la acuciosidad para su diagnóstico e informe. Sin embargo, Rothe (6) señala que en el Japón hay una incidencia de 1/1000 embarazos, que son atribuidos a un incremento en el número de abortos legales que condicionan un aumento de la frecuencia de embarazo ectópico cervical.

A pesar que la mayoría de los informes corresponden a embarazos cervicales, del primer trimestre de gestación, Tibald (7) y Lang (8) describen gestaciones del tercer trimestre, con feto vivo.

Para realizar el diagnóstico clínico es necesario tener en mente esta entidad, Paalman y McElin (3) sugieren los siguientes criterios para el diagnóstico clínico:

- 1) Presencia de sangrado uterino después de amenoreas, sin dolor cólico abdominal.
- 2) Cérvix blando y desproporcionalmente ensanchado



igual o más grande que el cuerpo del útero. Útero en forma de reloj de arena.

- 3) Producto de la concepción, enteramente confinado y firmemente adherido al endocérvix.
- 4) Orificio interno cerrado.
- 5) Orificio externo parcialmente abierto.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con: la fase cervical de un aborto uterino; un aborto cervical (aborto retenido en el cérvix por estenosis del orificio cervical externo), placenta previa con extensión al canal cervical; y, con fibromas o neoplasias cervicales (6).

En 1911 Rubin describió los criterios para el diagnóstico anatomopatológico del embarazo ectópico cervical, que son: 1) La presencia de glándulas cervicales, adyacentes a la unión placentaria. 2) Los elementos fetales, no deben estar presentes en el cuerpo uterino. 3) Toda o parte de la placenta debe estar situada por debajo de la entrada de los vasos uterinos o por debajo de la reflexión peritoneal en la superficie anterior o posterior del útero. 4) La unión de la placenta con el cérvix debe ser íntima (1, 3, 6, 8, 9). Sin embargo, hay quienes sugieren criterios más estrictos, en cuanto a la localización de la placenta, refiriendo que para ser embarazo ectópico cervical la placenta debe estar confinada al cérvix. Además, hay artículos que describen la posibilidad de realizar el diagnóstico radiológico de esta patología (10).

Las comunicaciones que hay sobre el tratamiento son muy variadas, pero se está de acuerdo en que el embarazo ectópico cervical es más peligroso, cuanto más avanzada esta la gestación y su pronóstico es mejor cuando el diagnóstico y la terapéutica, han sido realizados lo más pronto posible.

Para Rothe (6) y Fahny (1), en los embarazos ectópicos cervicales de 8 a 12 semanas, se debe intentar legrado uterino; sin embargo, otros contraindican dicho curetaje debido a que es mayor la hemorragia (2).

Whittle (11) escinde el embarazo ectópico cervical y sutura el cérvix, y Dudex (6) ha sugerido la ligadura de la *hipogástrica* para contener la hemorragia. Sin embargo, si persiste el sangrado o este es muy abundante o el embarazo ectópico cervical sobrepasa las 8 a 12 semanas, de gestación, la conducta es histerectomía (1, 4, 6).

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Fahmy Z., Zirkl AM; Hassan S. Cervical Pregnancy. *Int Surg* 1971; 55: 127-30.
- 2.—Klimek W.A. Cervical pregnancy. *Zentralbl Gynaekol* 1969; 1440-3.
- 3.—Pallman R.J. McElin TW. Cervical pregnancy. Review of literature and presentation of cases. *Am. J. Obstet Gynecol* 1959; 77: 1261-70.
- 4.—Bohm W.; Seewald HJ. Graviditas cervicis uteri post interruptionem *Zentralbl Gynaekol* 1974; 96 (44): 1399-402.
- 5.—Thomsen M.J. Two cases of cervical pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1971; 40: 99.
- 6.—Rothe D.J., Birnbaum S.J. Cervical pregnancy diagnosis and management *Obstet Gynecol* 1973; 42: 675-80.
- 7.—Tibald M; Györey P; Names J; Plank GY. Term cervical pregnancy. *Gebrstsh Frauenheilk D* 1973; 33 (8): 688-90.
- 8.—Lange AP; Sjoolie AK Case Report: Cervical Pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1975; 54: 91-4.
- 9.—Gabbe SG; Ketzmilller JL; Kosasa TS; Driscoll SG. Cervical pregnancy presenting as septic abortion. *AM J Obstet Gynecol* 1975; 123: 212-3.
- 10.—Mieszczerski J; Smielowski B; Dabrowski Z. Anwendung der Histerographle zur Bestatung der Zervikalschwangerschaft. *Zentralbl Gynaekol* 1971; 93: 483-90.
- 11.—Whittle MJ. Cervical pregnancy managed by local excision *Br Med J* 1976; (6039): 795-6.