

EMBARAZO CERVICAL

Drs. José A. Pacheco B. y José C. Pacheco R.

El embarazo cervical es un embarazo ectópico de rara presentación cuya incidencia se ha calculado en 1: 1,000 y 1: 16,000 embarazos. Debido a su evolución grave es que es importante tenerlo presente en el diagnóstico diferencial de la hemorragia del primer trimestre.

Rubin ha indicado de que el diagnóstico de embarazo cervical debe reunir los siguientes requisitos:

- 1.— Debe existir glándulas cervicales en el sitio de implantación de la placenta.
- 2.— Debe existir verdadera implantación de la placenta al cérvix.
- 3.— Toda o parte de la placenta debe estar situada por debajo del ingreso de los vasos uterinos o debajo de la reflexión peritoneal en las caras anterior y posterior del útero.
- 4.— Los elementos fetales no deben estar presentes en la cavidad uterina corporal.

REPORTE DE LOS CASOS

Presentamos 2 casos de embarazo cervical ocurridos en la práctica privada de los autores.

Caso 1:

Paciente de 31 años, grávida 1, Para 0, cuya última menstruación había sido el 22 de febrero de 1971. El 11 de mayo de 1971 había sufrido la extirpación de un carcinoma de la glándula suprarrenal derecha de 16 cm. de diámetro y 1,200 gramos de peso que había producido anasarca y masculinización. Sus menstruaciones habían sido irregulares en los últimos 6 meses, y la última fue abundante. La prueba de embarazo en la evaluación preoperatoria había sido positiva.

El 21 de julio fue vista por sangrado vaginal, pasaje de trozos pequeños de material necrótico, sensación de tumoración en fosa ilíaca izquierda y síndrome

febril. Los fragmentos de tejido mostraron "sombras" de vellosidades coriales. Al examen clínico se encontró cara cushinoide, acné e hirsutismo marcados, coloración cobriza de la piel, piel seca y áspera, cuello "de búfalo". El examen abdominal evidenció una masa pélvica central consistente con un embarazo de 4 meses, con una tumoración más dura y sobresaliente en su porción superior e izquierda. Los latidos fetales estaban ausentes. En el examen pélvico, había sangre en vagina, el cérvix estaba dilatado 3 cms. casi totalmente incorporado, mostrando un mosaico azulado que semeja cambios deciduales en el labio anterior. No se palpaba masas anexiales.

Previa preparación con cortisona, se efectuó la inducción hormonal en dosis crecientes durante 3 días, obteniéndose respuesta pobre en el último día con incorporación total del cuello uterino, y dilatación de 4 cms. Bajo anestesia con ketamine se dilató con cierta facilidad digitalmente y se extrajo un feto macerado de 16 cms. y placenta infartada en trozos. La hemorragia profusa de aproximadamente 2,000 ml. fue repuesta con sangre total, y ante la disminución del sangrado, se decidió tomar una actitud conservadora por no tener hijos la paciente.

Un nuevo episodio de sangrado fue tratado otra vez con curetaje conservador a las 72 horas. Sin embargo, el 6 de agosto presentó hemorragia severa. Al curetaje se obtuvo algún material fibro-necrótico y se volvió a sentir lo que parecía una segunda cavidad hacia la región del cuerno uterino izquierdo. La hemorragia persistió, había evidencia temprana de hipofibrinogenemia, y se decidió por la histerectomía. Al abrir la cavidad abdominal se observó una tumoración en la parte central de la pelvis compuesta de tejido fibrótico a la altura del istmo y la porción supravaginal del cervix. La cavidad uterina a nivel del istmo y porción inmediata del cuerpo uterino estaban dilatadas y por encima y hacia la izquierda se veía el fondo uterino de un tamaño normal no gestante. La reac-

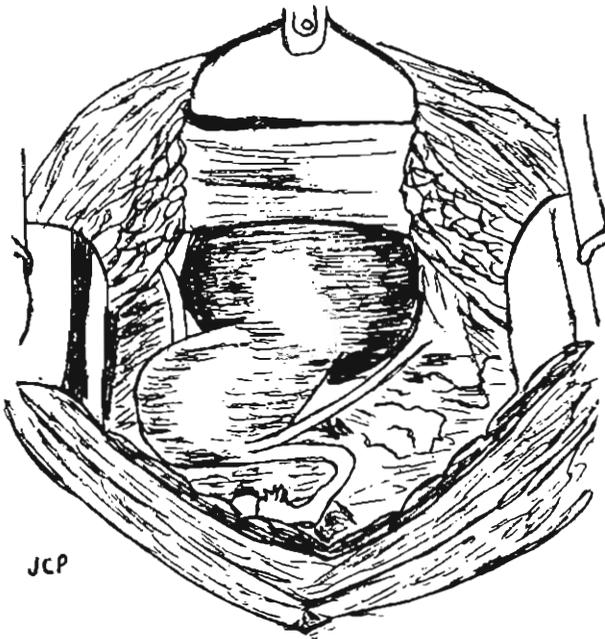


FIGURA 1

ción inflamatoria del cervix e istmo avanzada hacia la vejiga, ligamentos anchos y ligamentos uterosacos, los cuales estaban irreconocibles en las áreas proximales y dificultó grandemente la extirpación del útero. Se optó por entrar anteriormente a través del cervix e istmo después de rechazar la vejiga. Se reconoció los labios del cervix y se disecó el cervix de la vagina, extirpándosele separadamente. Se aproximó los bordes del muñón vaginal en 2 planos, sin poderse anclar los ligamentos, y el peritoneo se acercó sin dificultad. La hemostasia era satisfactoria y ambos ovarios y trompas aparecían saludables. La exploración del resto de la cavidad abdominal no demostró recurrencia del carcinoma suprarrenal. Se transfundió 2,000 ml. de sangre y la evolución fue satisfactoria, dándose de alta a la paciente al décimo segundo día. En enero de 1978, la paciente no presentaba evidencia de cáncer suprarrenal y no tomaba corticoides. Al examen se encontró una tumoración quística pelviana pequeña consistente con seroma; los estudios radiográficos fueron negativos. La paciente ha adoptado un niño.

Caso N° 2:

Paciente de 26 año, grávida 1, Para 0, cuya última menstruación normal había sido el 14 de setiembre de 1971, y que el 8 de diciembre de 1971 se presentó con hemorragia vaginal profusa, precedida de



FIGURA 2

dolor. Anteriormente había presentado irregularidades menstruales. Al xamen se encontró palidez marcada piel y mucosas que contrastaba con pulso y presión arterial dentro de límites normales, sensación de masa en fosa ilíaca izquierda, y en la pelvis, fragmentos placentarios y abundante sangrado en vagina. El cervix parecía "colgar" de la parte proximal de la vagina a las 12 del reloj, estaba dilatado y el "fondo uterino" era consistente con 3 meses de gestación con la existencia de una masa de mayor consistencia en la parte superior e izquierda. Bajo anestesia general, la histerometría fue de 4 pulgadas, no fue necesario efectuar dilatación y con pinza de anillo y cureta se obtuvo alrededor de 20 ml. de fragmentos placentarios. Al curetaje, la superficie era más bien lisa, sin la sensación irregular que muestra la cavidad endometrial. Como la culdocentesis fue positiva para sangre, antes y después del curetaje, y por la posibilidad de que la masa de mayor consistencia proviniera de un embarazo ectópico roto coexistente, se efectuó laparatomía exploradora. Se encontró una masa pélvica central de aproximadamente 7 cms. que desplazaba a un fondo uterino no gestante de 4.5 cms. de longitud hacia la izquierda. La Serosa que cubría la masa era azulada; fue incidida y la vejiga desplazada hacia adelante. La masa estaba formada por un cervix uterino muy distendido. Se efectuó incisión transversal en su porción superior y anterior, como una micro-cesárea. Las paredes del canal endocervical eran lisas musculares y no quedaban restos placentarios ni existía perforaciones. Se cerró la cervicotomía en 3 planos obteniéndose exce-

lente hemostasia. Los ovarios y las trompas y el resto de órganos intra-abdominales presentaban características normales. Se efectuó apendicectomía incidental. Se transfundió 1500 ml. de sangre. En el post-operatorio, presentó infección urinaria e infección de herida operatoria. Salió de alta al décimo segundo día. La paciente ha tenido posteriormente dos bebés por cesárea.

COMENTARIO

La rareza del embarazo cervical hace que el gineco-obstetra no tenga presente dicha complicación en el diagnóstico diferencial de la hemorragia del primer trimestre. La particularidad de los 2 casos presentados están en que uno coincidió con un adenocarcinoma de la glándula suprarrenal que teóricamente pudo haber influenciado en su localización anormal. No hemos podido hallar explicación de la coincidencia de embarazo y cáncer adrenal, y más bien hubiésemos pensado en la imposibilidad de un embarazo en dichas condiciones hormonales. La actitud conservadora fracasó, posiblemente por lo avanzado de la gestación y

a los cambios inflamatorios que había causado. La histerectomía en estas condiciones requiere de la amplia experiencia y habilidad quirúrgica del operador para afrontar las graves alteraciones de la anatomía.

El segundo caso interesa por el éxito de la actitud conservadora que ha culminado con dos embarazos que cursaron satisfactoriamente. En ninguna de las 2 pacientes había antecedentes de abortos o curetajes. La única coincidencia de ambas pacientes fue la de irregularidades menstruales previas a la concepción y que fueron tratadas con medicación hormonal. El primer caso tenía algo más de 20 semanas de amenorrea, lo cual también es poco usual que alcance un embarazo cervical. En conclusión, estamos de acuerdo con nuestro amigo Sheldon, quien recomienda el tratamiento conservador en el embarazo cervical, aunque debemos estar preparados a tomar actitudes más radicales si es que la hemorragia se vuelve intratable médicamente. No hemos encontrado en la literatura el seguimiento de los casos de embarazo cervical tratados conservadoramente. Una de nuestras pacientes ha cursado dos gestaciones normales.