

Embarazo ectópico ístmico-cervical con mola hidatidiforme invasora

Elio Rafael Ponce Juárez,* Héctor Guillén Soldevilla,**
Anyel Angélica García Canales,*** María Eréndira Ortiz Ruiz****

RESUMEN

El embarazo ectópico es definido como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial y corresponde al 1-2% de todos los embarazos. Los embarazos ectópicos se implantan en la salpinx (en sus diferentes porciones) y raramente en otros sitios como ovario, cérvix, abdomen y cicatriz de cesárea. Se trata de una paciente de 29 años de edad, gesta 2, con antecedente de cesárea previa; fue ingresada al nosocomio con diagnóstico clínico y ultrasonográfico de aborto incompleto para la realización de legrado uterino instrumentado. Durante el procedimiento quirúrgico se presenta hemorragia intensa a pesar de corroborar ausencia de restos ovuloplacentarios; se realiza laparotomía exploradora para descartar perforaciones uterinas inadvertidas, sin encontrar evidencia de las mismas; se opta por practicar histerectomía total para control de la hemorragia. Se visualiza en la zona del istmo uterino un abultamiento que corresponde a tejido compatible macroscópicamente con vellosidades coriales, por lo que se diagnostica embarazo ectópico de localización en cicatriz uterina de cesárea previa. Al realizar el análisis histopatológico se concluye la existencia de mola invasora. De acuerdo con la revisión bibliográfica, éste sería el primer caso reportado de la coexistencia de mola invasora y embarazo ectópico en el sitio de cesárea previa.

Palabras clave: Mola invasora, embarazo ectópico.

Nivel de evidencia: IV

Isthmian-cervical ectopic pregnancy and invasive hydatidiform mole

ABSTRACT

Ectopic pregnancy is defined as the implantation of the blastocyst outside the endometrial cavity and corresponds to 1-2% of all pregnancies. Ectopic pregnancies are implanted in the fallopian tube (in different sites), and rarely in other places like ovary, cervix, abdomen and cesarean scar. We present the case of a 29-year-old patient, gravida 2, with a history of a previous cesarean section; she is admitted to the hospital with a clinical and ultrasonographic diagnosis of incomplete abortion, for conducting instrumented curettage. During the surgical procedure, intense bleeding occurs despite corroborating the absence of placental remains; we perform an laparotomy to rule out unnoticed uterine perforations, without finding evidence of them. We opt to practice total hysterectomy to control bleeding. We view in the area of the uterine isthmus a bulge corresponding to tissue matching macroscopically with chorionic villi, diagnosing ectopic pregnancy localized in the scar tissue of the previous cesarean. When performing the histopathological analysis, the existence of invasive mole is concluded. According to our literature review, this would be the first reported case of the coexistence of invasive mole and ectopic pregnancy in previous cesarean site.

Key words: Invasive mole, ectopic pregnancy.

Level of evidence: IV

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se define como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial, y corresponde al 1-2% de todos los embarazos.^{1,2} El 95% de los embarazos ectópicos se implantan en la salpinx (en sus diferentes porciones), y raramente en otros sitios como ovario (con un 3%), cérvix (1%), abdomen (1%) o cicatriz de cesárea (menos del 1%).^{3,4}

La implantación sobre la cicatriz uterina de cesárea representa menos del 1% de los embarazos ectópicos; sin embargo, la morbilidad es elevada por el riesgo de ruptura uterina y hemorragia profusa, con una mortalidad de uno en 500; es decir, 10 veces mayor que la mortalidad de todos los embarazos ectópicos.^{5,6}

* Médico Ginecoobstetra adscrito al turno vespertino, Hospital Materno Infantil Cuajimalpa. Egresado de Centro Médico ABC.

** Médico Ginecoobstetra adscrito al turno vespertino, Hospital Materno Infantil Cuajimalpa. Asistente de la dirección turno vespertino.

*** Médica Patóloga, Jefa de Servicio de Anatomía Patología, Hospital General «Dr. Enrique Cabrera».

**** Médica Ginecoobstetra, Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 01/12/2015. Aceptado: 03/03/2016.

Correspondencia: Elio Rafael Ponce Juárez

Av. Río Churubusco Núm. 601,
Col. Xoco. Del. Benito Juárez
Consultorio 723, 03339, México, D.F.
Teléfono: 56012459
Conmutador: 56236363, ext. 5723
E-mail: dreliorafael24@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

El diagnóstico se sustenta con apoyo del ultrasonido transvaginal, el cual tiene una sensibilidad que va desde el 73 al 93%; los principales hallazgos encontrados son: a) cavidad uterina y canal cervical vacíos, b) saco gestacional en la región ístmica, c) capa delgada de miometrio entre el saco gestacional y la pared vesical.⁷

El manejo del embarazo ectópico localizado en cicatriz de cesárea previa debe ser oportuno; las opciones terapéuticas pueden ser manejo conservador con uso de metotrexate o quirúrgico con histeroscopia y laparoscopia.⁸

Por otra parte, la enfermedad trofoblástica gestacional se caracteriza por la proliferación anormal de las células trofoblásticas con degeneración hidrópica de las vellosidades coriónicas; cuando ésta es persistente, se denomina neoplasia trofoblástica gestacional.^{9,10} Su incidencia es de 0.6 a 1.1 por cada 1,000 embarazos, siendo tres veces mayor en Asia. La enfermedad trofoblástica tiene un amplio espectro de patologías con capacidad metastásica,¹¹ que se clasifican como:

1. Mola completa y parcial. En ambas entidades es posible encontrar mola invasora.
2. Coriocarcinoma, tumor trofoblástico del sitio placentario, tumor trofoblástico epiteliode.

La incidencia de la enfermedad molar es de uno en cada 400-800 embarazos, y existe la probabilidad de mola invasora del 15-20% en la modalidad de mola completa y 0.5-2% para la mola parcial.¹⁰

Los factores de riesgo relacionados con la enfermedad trofoblástica son: mujeres muy jóvenes o mayores de 35 años, grupo sanguíneo A, B o AB, nuliparidad, uso de anticonceptivos orales, infertilidad y enfermedad molar previa, entre otros.¹¹

Los estudios complementarios para llevar a cabo el diagnóstico de la enfermedad molar son: a) la cuantificación de hormona gonadotropina coriónica humana con elevación dos veces sobre los valores normales y b) los hallazgos ultrasonográficos.¹⁰ En la mola completa, el hallazgo más característico es la imagen en panal de abeja o copos de nieve, en el caso de la mola parcial es un tanto más complejo; en ocasiones se observa placenta con apariencia de queso suizo (con espacios quísticos), con o sin feto.¹²

Presentación del caso

Mujer de 29 años de edad, secundigesta, con antecedente de cesárea previa; múltiples parejas se-

xuales, sin otro factor de riesgo asociado. Se encontraba cursando la semana 11 de gestación. Acudió al Servicio de Urgencias tras haber ingerido mifepristona para interrupción electiva del embarazo una semana atrás; se presentó con cuadro clínico de 12 horas de evolución, manifestado por sangrado transvaginal en moderada cantidad, acompañado de dolor pélvico de tipo cólico de moderada intensidad, con incremento en las últimas dos horas; por este motivo decidió acudir al Servicio de Urgencias. Se encontraba estable hemodinámicamente, con signos vitales dentro de los parámetros normales, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen con dolor a la palpación profunda, sin datos de irritación peritoneal, Giordano negativos; al tacto vaginal, útero de 9 x 7 centímetros, anexo no palpables, cérvix central, dehiscente y acortado.

Contaba con rastreo ultrasonográfico realizado por el médico de urgencias quien reportó endometrio heterogéneo sugestivo de restos ovuloplacentarios sin poder descartar embarazo molar. La biometría hemática mostró hemoglobina 11.2 mg/dL; hematocrito de 34.6%; cuenta plaquetaria de 256,000; tiempos de coagulación dentro de parámetros normales; la fracción beta de hormona gonadotropina coriónica cualitativa positiva (no se tiene valor debido a que sólo se contó con detección cualitativa).

Se integró el diagnóstico clínico y ultrasonográfico de aborto incompleto y se ingresó para atención obstétrica de urgencia por la presencia de sangrado activo. Se practicó legrado uterino instrumentado, con los siguientes hallazgos: histometría de 9 cm y abundantes restos ovuloplacentarios.

Durante el transoperatorio, presentó sangrado abundante e incoercible. Se realizaron maniobras básicas para controlar la hemorragia uterina; al no obtener respuesta, se exploró con laparotomía y se descartó perforación uterina, pero continuó con hemorragia transvaginal profusa, por lo que se decidió realizar histerectomía total. Se extrajo la pieza quirúrgica sin incidentes ni complicaciones; se observó una masa en la zona ístmico-cervical (*Figura 1*) con tejido de aspecto macroscópico similar a vellosidades coriales, con lo que se integró la sospecha clínica de embarazo ectópico en cicatriz uterina.

La paciente presentó adecuada evolución clínica hospitalaria con estancia de dos días, sin necesidad de transfusión sanguínea; fue egresada sin complicaciones con indicación de acudir a consulta externa para vigilar su evolución.



Figura 1. Útero con incisión vertical en la zona ístmica, que evidencia la presencia de tejido de aspecto macroscópico compatible con tejido cori-decidual (localización ectópica del embarazo).

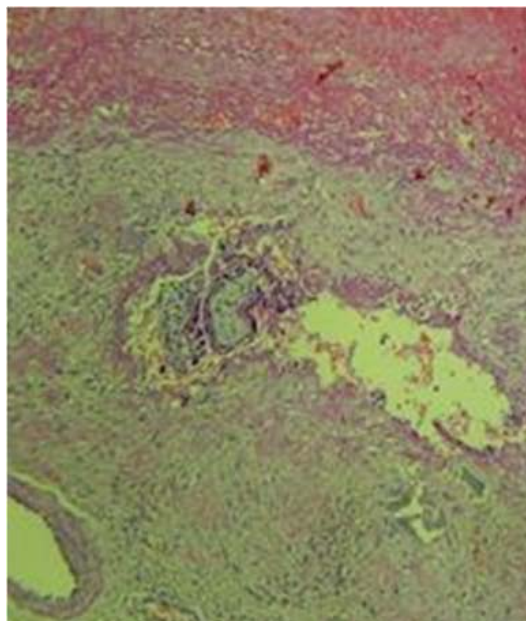


Figura 3. Miometrio con presencia de vasos dilatados, hemorragia y vellosidades coriales dentro de la luz vascular, cambios deciduoideos generalizados.

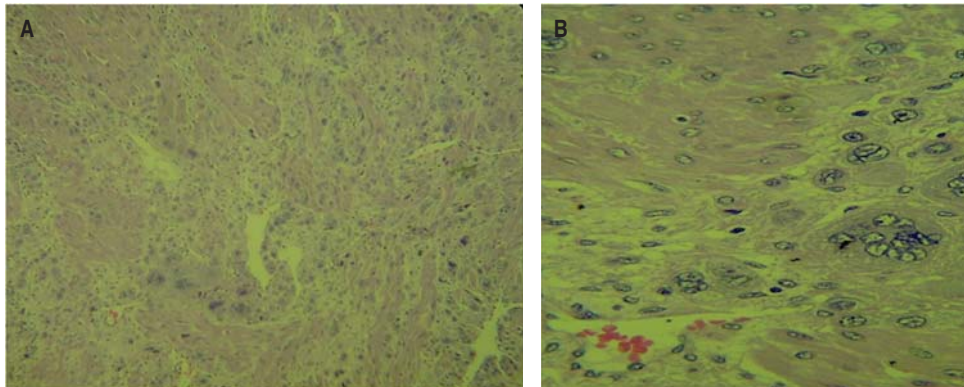


Figura 2. Corte sagital con nódulo de aspecto hemorrágico, localizado en la región ístmica, que involucra el espesor del miometrio; la cavidad uterina se observa dilatada.

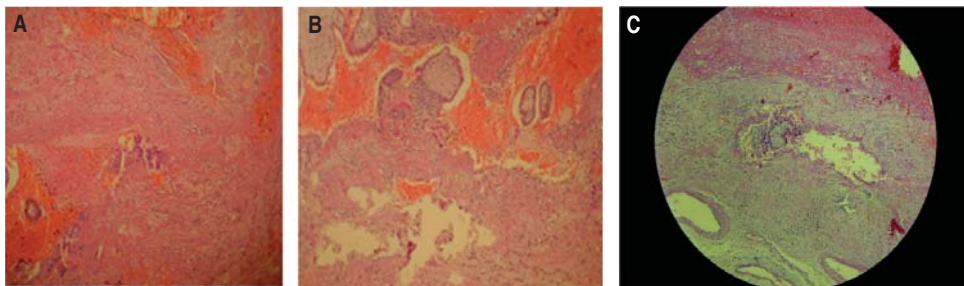
El resultado del análisis patológico determinó: corte sagital con nódulo de aspecto hemorrágico en región ístmica involucrando el espesor del miometrio (*Figura 2*). Microscópicamente, se evidenció miometrio con presencia de vasos dilatados, hemorragia y presencia de vellosidades coriales dentro de la luz vascular (*Figura 3*), así como cambios deciduales generalizados con la presencia de células trofoblásticas gigantes en disposición perivascular e infiltración perivascular (*Figura 4*). Vellosidades coriales y células del trofoblasto en miometrio que muestra a su vez cambios deciduoideos generalizados con hemorragia difusa (*Figura 5*) y vellosidades edematosas avasculares características de la degeneración hidrópica (*Figura 6*).

Conclusión por el Servicio de Patología:

- A) Embarazo ectópico ístmico-cervical con mola hidatidiforme invasora con angioinvasión miometrial, perivascular y parametrial.
- B) Adenomiosis profunda con cambios funcionales hormonales.
- C) Endometrio hipersecretor con reacción de Arias Stella, cambios deciduales estromales.
- D) Canal endocervical con cambios deciduales generalizados.

**Figura 4.**

Presencia de células trofoblásticas en disposición perivascular. **A)** Paredes vasculares con células gigantes trofoblásticas en disposición perivascular. **B)** Infiltración perivascular.

**Figura 5.**

Presencia de vellosidades y células del trofoblasto en miometrio. **A)** Miometrio con cambios deciduoideos generalizados, hemorragia intramural difusa, vellosidades coriales y células del trofoblasto. **B)** Vellosidad corial. **C)** Vellosidad corial dentro del miometrio.

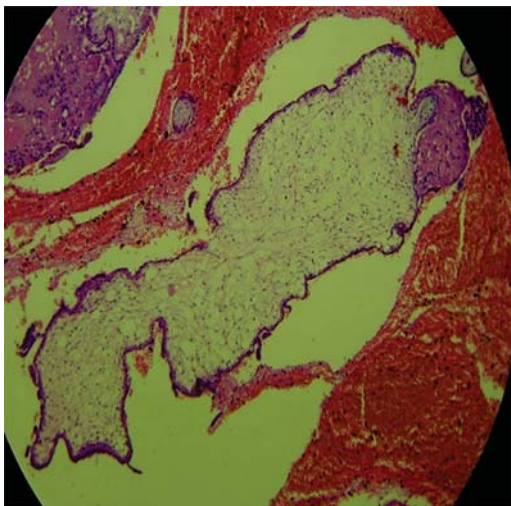


Figura 6. Vellosidad edematosa avascular (característica de la degeneración hidrópica).

DISCUSIÓN

La ausencia de vellosidades coriales y la presencia de reacción de Arias Stella en cavidad endometrial descartan la posibilidad de embarazo intrauterino (ya que la zona de la cicatriz de cesárea previa se

considera como localización ectópica); así mismo, la ausencia de vellosidades coriales en canal cervical excluye el diagnóstico de embarazo ectópico cervical, siendo éste un diagnóstico de exclusión por la proximidad entre el istmo uterino y el cérvix. Con la presencia de vellosidades coriales en la zona ístmica (zona que correlaciona con el sitio de la cicatriz de la cesárea previa) y la invasión al miometrio y sus vasos sanguíneos por trofoblasto avascular, se confirma el diagnóstico de mola invasiva.

El embarazo ectópico en el sitio de la cesárea se considera una de las localizaciones más raras —aunque su incidencia se está incrementando debido a un mayor número de partos por cesárea—; la presencia de un embarazo molar en el sitio de la cicatriz de cesárea es aún mucho más rara.¹³ Se han reportado pocos casos de embarazo molar parcial en el sitio de cicatriz de la cesárea, pero hasta ahora no se han mencionado casos de mola invasora en este sitio.^{14,15}

El embarazo ectópico en el sitio de la cicatriz de la cesárea debe sospecharse en aquellas pacientes con dolor abdominal, sangrado transvaginal incoercible e historia de cesárea previa.

El diagnóstico depende del ultrasonido transvaginal; se requiere una alta resolución y buscar cuidadosamente el sitio de la cicatriz previa, así como verifi-

car la integridad de la pared uterina.¹⁶ Los criterios ultrasonográficos para el diagnóstico del embarazo ectópico en la cicatriz de cesárea previa incluyen útero y canal cervical vacíos, presencia de saco gestacional en la cara anterior del útero sobre la zona ístmica, adelgazamiento de la capa de miometrio (entre la vejiga y el saco gestacional) y en algunos casos, la discontinuidad de la pared anterior del útero.¹⁷

CONCLUSIÓN

Este caso quedará como precedente para considerar la posibilidad de diagnosticar casos en los que de forma oportuna se detecten características ultrasonográficas, bioquímicas y/o clínicas que sugieran la presencia de embarazo en la zona de una cicatriz uterina previa o durante el procedimiento quirúrgico se detecte un sangrado incoercible sin sospecha de perforación, y/o presencia de mayor cantidad de restos ovuloplacentarios a los ya extraídos.

Queda como referencia para tener en cuenta la coexistencia de estas dos patologías y los efectos catastróficos que se pueden presentar cuando coexisten dos entidades patológicas con los mismos desenlaces.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnhart KT. Clinical practice. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med* [Internet]. 2009 [access 12/06/15]; 361 (4): 379-387. Available in: <http://edus.ucsf.edu/sites/edus.ucsf.edu/files/wysiwyg/N.%2520Engl.%2520J.%2520>
2. Jurkovic D, Wilkinson H. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *BMJ* [Internet]. 2011 [access 12/06/15]; 342: d3397. Available in: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d3397>
3. Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. *BJOG*. 2007; 114 (3): 253-263.
4. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol*. 2006; 107 (6): 1373-1381.
5. Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv*. 2002; 57 (8): 537-543.
6. McClure JH, Cooper GM, Clutton-Brock TH. Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-8: a review. *Br J Anaesth*. 2011; 107 (2): 127-132.
7. Sivalingam V, Duncan W, Kirk E, Shephard L, Horne A. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2011; 37 (4): 231-240.
8. Mol F, Mol BW, Ankum WM, van der Veen F, Hajenius PJ. Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systemic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2008; 14 (4): 309-319.
9. Bagshawe KD, Lawler SD, Paradinis FJ, Dent J, Brown P, Boxer GM. Gestational trophoblastic tumours following initial diagnosis of partial hydatidiform mole. *Lancet*. 1990; 335 (8697): 1074-1076.
10. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease I: epidemiology, pathology, clinical presentation and diagnosis of gestational trophoblastic disease, and management of hydatidiform mole. *Am J Obstet Gynecol*. 2010; 203 (6): 531-539.
11. Gerulath AH, Ehlen TG, Bessette P, Jolicoeur L, Savoie R; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada et al. Gestational trophoblastic disease. *J Obstet Gynaecol Can*. 2002; 24 (5): 434-446.
12. Johns J, Greenwold N, Buckley S, Jauniaux E. A prospective study of ultrasound screening for molar pregnancies in missed miscarriages. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005; 25 (5): 493-497.
13. The management of gestational trophoblastic disease. RCOG Green-top Guideline [Internet]. 2010 [access 10/11/15]; 38: 1-11. Available in: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gt38managementgestational0210.pdf>.
14. Wu CF, Hsu CY, Chen CP. Ectopic molar pregnancy in a cesarean scar. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2006; 45: 343-345.
15. Michener C, Dickinson JE. Cesarean scar ectopic pregnancy: a single centre case series. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2009; 49 (5): 451-455.
16. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Herman A. Ectopic pregnancies in a cesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. *Hum Reprod Update*. 2004; 10 (6): 515-523.
17. Seow KM. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004; 23: 247-253.