



Embarazo ectópico cervical de 16 semanas de gestación. Histerectomía en bloque con técnica quirúrgica preventiva para hemorragia pélvica masiva. Reporte de un caso

RESUMEN

La hemorragia obstétrica sigue siendo una de las principales causas de muerte materna que demanda acciones de prevención en pacientes con alto riesgo de sangrado pélvico masivo, con desarterialización uterina selectiva que reduce significativamente la morbilidad y mortalidad. Se reporta el caso de una paciente de 33 años de edad, con diagnóstico de embarazo ectópico cervical de 13 semanas tratado con desarterialización selectiva de las arterias hipogástricas, con excelentes resultados y sin complicaciones posoperatorias.

Palabras clave: embarazo ectópico, hemorragia obstétrica, muerte materna.

José Ignacio García de la Torre¹

Antonio Delgado Rosas²

Luis Antonio Feria-Sosa³

Gerardo González-Cantú⁴

Ernesto Cisneros-Bernal⁵

¹ Ginecoobstetra,

² Ginecólogo-oncólogo, maestría en Investigación en Salud.

³ Ginecoobstetra con especialidad en Medicina Materno-Fetal.

⁴ Residente del cuarto año de la especialidad en Ginecología y Obstetricia.

⁵ Patólogo.

Hospital Universitario de Saltillo, Universidad Autónoma de Coahuila.

Cervical ectopic pregnancy of 16 weeks gestation. Block with preventive hysterectomy surgical technique for massive pelvic hemorrhage. Case report

ABSTRACT

Obstetric hemorrhage remains the leading cause of maternal death, we continue to insist on preventive management of patients at high risk of massive pelvic bleeding, uterine dearterialization selective, significantly reduces the morbidity and mortality of the patient, on this occasion we report the case of a 33-year-old with a diagnosis of cervical ectopic pregnancy of 13 gestational weeks, treated with selective dearterialization of hypogastric arteries with excellent results, without postoperative complications.

Key words: Obstetric hemorrhage, cervical ectopic pregnancy, maternal death

Recibido: marzo 2015

Aceptado: abril 2015

Correspondencia

Dr. José Ignacio García de la Torre
Calzada Francisco I. Madero 1291
25000 Saltillo, Coahuila, México
drignacio82@hotmail.com

Este artículo debe citarse como:

García de la Torre JI, Delgado-Rosas A, Feria-Sosa LA, González-Cantú G, Cisneros-Bernal E. Embarazo ectópico cervical de 16 semanas de gestación. Histerectomía en bloque con técnica quirúrgica preventiva para hemorragia pélvica masiva. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2015;83:316-319.



ANTECEDENTES

El embarazo ectópico cervical es una complicación excepcional. Se estima que su prevalencia es de 1:1800 a 1:2226 embarazos y corresponde a 6.1% de los embarazos ectópicos en mujeres con cesárea previa.¹ Es una complicación de alta morbilidad por su severidad: ruptura uterina y hemorragia pélvica de difícil control.² Los factores de riesgo asociados son: síndrome de Asherman, cesárea previa, exposición a dietilestibrol, dispositivo intrauterino, leiomiomatosis, anomalías estructurales y fertilización *in vitro*.³

Se diagnosticó por primera vez en 1978 por ultrasonido. Gracias al progreso en la resolución y su amplio uso en la práctica clínica, puede detectarse en estadios tempranos; sin embargo, el diagnóstico definitivo se considera difícil y tardado.³ Puesto que su frecuencia es baja no existe consenso en cuanto al tratamiento, solo se indica metotrexato sistémico y cloruro de potasio local, y la intervención quirúrgica se considera en casos específicos.⁴

La atención médica de las pacientes diagnosticadas pero estables representa todo un reto, si el inicio es con ruptura uterina o sangrado importante, es indispensable la cirugía.⁵

Aunque es una alteración excepcional, los casos de embarazo ectópico cervical con antecedente de cesárea previa han ido aumentado significativamente, lo que puede estar relacionado con el alto índice de cesárea en todo el mundo.⁶ Este reporte comunica el caso de una paciente con embarazo ectópico cervical, con 16 semanas de gestación, atención quirúrgica preventiva, desarterización selectiva porque el embarazo tan avanzado representaba un gran riesgo de hemorragia pélvica masiva.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años de edad que acudió al Departamento de Ginecología y Obstetricia el 28 de agosto del 2014, residente de Saltillo, Coahuila, con tipo de sangre O Rh(-), con antecedentes heredo-familiares de diabetes mellitus de primera línea y personales patológicos de tres cesáreas en 2002, 2003 y 2004, respectivamente, con recién nacidos sanos. La fecha de la última menstruación fue el 3 de junio de 2014, embarazo ectópico en el segmento que invadía el área cervical, de 12.2 semanas de gestación, corroborado por ultrasonido transvaginal realizado en el Departamento de Medicina Materno Fetal del Hospital el 28 de agosto de 2014. (Figura 1)

Ingresó al servicio de Ginecología el 2 de septiembre de 2014 con diagnóstico de embarazo ectópico cervical de 13 semanas de gestación. En conjunto con el departamento de Medicina Materno-Fetal se decidió realizar histerectomía en bloque. Las características del embarazo contraindicaban el tratamiento conservador, por el alto riesgo de hemorragia obstétrica, con alta



Figura 1. Ultrasonido transvaginal con embarazo cervical.

morbilidad materna. Con el consentimiento de la paciente y su esposo, se puso a la consideración del Comité Hospitalario de Interrupción de Embarazo, y se levantó el acta respectiva.

Se inició el protocolo para casos de riesgo de hemorragia obstétrica con cuatro paquetes globulares en reserva y cuatro plasmas frescos congelados. En hospitales de baja complejidad se recomienda, al menos, disponer de dos volúmenes de glóbulos rojos, preferentemente del grupo O Rh⁺.⁷ Por el elevado riesgo de sangrado de la paciente se dio aviso a los médicos del servicio de Anestesiología. Previo consentimiento informado se realizó la histerectomía en bloque (Figura 2) con ligadura de las arterias hipogástricas, por prevención, sin complicaciones. La intervención quirúrgica duró 3 horas y el sangrado aproximado fue de 1,000 cc. Se le transfundió un paquete globular. La hemoglobina previa a la cirugía fue de 11.9 g/dL. La paciente evolucionó favorablemente, sin complicaciones y hemoglobina de control de 12.5 g/dL. (Figura 3)

El reporte de patología informó embarazo cervical del segundo trimestre de gestación, con un feto de 14 a 16 semanas. (Figura 4)



Figura 2. Histerectomía en bloque.



Figura 3. Sangrado estimado al final de la cirugía.



Figura 4. Corte macroscópico de Patología.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico cervical en la cicatriz de cesárea es excepcional, aunque con aumento en la incidencia por su alto índice global. Luego de establecer el diagnóstico de embarazo cervical se recomendó la pronta terminación, por el alto riesgo de sangrado masivo.

Hasta la fecha no hay protocolos establecidos de clasificación o tratamiento pero se han pro-



puesto múltiples opciones según las semanas de gestación. Se ha reportado la atención médica con metotrexato, KCl y solución glucosada hiperosmolar. Para las pacientes con paridad satisfecha los autores proponemos este protocolo quirúrgico en todo embarazo ectópico cervical no roto.

REFERENCIAS

1. Perales-Puchalt A, Diago VJ, Plana A, Perales-Marín A. Embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea previa. Caso clínico. *Clin Invest Gin Obst* 2011;38:65-67.
2. Zhonghai W, Aiwen L, Shan L, et al. Assessment of Transvaginal Hysterotomy Combined with Medication for Cesarean Scar Ectopic Pregnancy; <http://www.AAGL.org/jmig-19-5-12-00141>.
3. WeiTsai S, Kuan-Hui Huang, et al. Low-lying-implantation ectopic pregnancy: A cluster of cesarean scar, cervico-isthmus, and cervical ectopic pregnancies in the first trimester. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology* 2013;52:505-511.
4. Yáñez R, Martínez P, Ibáñez Y, y col. Embarazo ectópico ístmico-cervical en cicatriz de cesárea previa. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007;72:186-189.
5. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Rosalba Santos MD, et al. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy; <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2012.04.018>.
6. Frishman GN, Melzer KE, Bhagavath B. Ectopic pregnancy in a cesarean-section scar: The patient 6 weeks into an ectopic pregnancy, underwent local treatment; doi: 10.1016/j.ajog.2012.03.009.
7. Fescina R, De Mucio B, Ortiz El, Jarquin D. Guías para la atención de las principales emergencias obstétricas. Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud Reproductiva de la Mujer, Organización Panamericana de la Salud. FLASOG; 1-76.