

PRESENTACIÓN DE CASO

CERCLAJE, TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR EN EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL, TRES CASOS. INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL, HOSPITAL MATERNO INFANTIL 1 DE MAYO

Dr. Francisco Eduardo Turcios¹

INTRODUCCION

Menos del 1% de los embarazos ectópicos se implantan en el canal cervical por abajo del orificio cervical interno, la etiología de esta implantación es desconocida aunque se asocia a curetaje previo, síndrome de Asherman, leiomiomas, presencia de DIU entre otras.

Timor-Tritsch define el diagnostico ecográfico como el saco coriónico implantado debajo de OCI, canal cervical dilatado, embrión con latido cardíaco o presencia de infiltración cervical confirmada por Doppler.

No existe un consenso en relación al tratamiento de esta condición, se ha tratado con Metrotexate sistémico o intracervical, embolización arterial selectiva, aspiración guiada por ecografía, aunque la histerectomía fue el tratamiento en los casos de sangrado incontrolable.

CASO 1

Paciente: R F

Paciente de 26 años G1P0, Amenorrea de 8 semanas, referida con historia de un día de notar sangrado transvaginal mayor q regla por lo que consulta

Es recibida en unidad de emergencia toman Usg donde describe útero de 9.4 x 4 x 4 cm de contorno regular y miometrio homogéneo cérvix con presencia de saco gestacional de 25 mm en el diámetro mayor, CRL 13.2mm en el labio posterior de cérvix. Ovarios normales, fondo de saco libre. Catalogan como embarazo ectópico cervical y decide ingreso con plan de colocar metrotexate intra cervical, dirigido por ultrasonografía.

- Se reporta exámenes normales. Se pasa a colocar metrotexate intracervical, durante procedimiento se observa sangrado y rompimiento de embarazo cervical, por lo que se pasa a sala de operaciones. En sala de operaciones se observa Cérvix entre abierto sangrado moderado, se realiza cerclaje cervical con técnica McDonald, luego se realiza curetaje a nivel de cérvix extrayendo restos ovulares, luego se anuda cerclaje hasta hemostasia.

¹ (Medico Agregado de Ginecología y Obstetricia, Jefe médico de sala de operaciones)

CASO 2

Paciente: JDF

- Paciente de 28 años G2P0010, amenorrea de 7 semanas, con historia de una hora de notar sangrado transvaginal, en gotas, color café y dolor lumbar leve, es evaluada en unidad de emergencia donde describen: abundante panículo adiposo, GE no sangrado activo, al tacto vaginal, cuello entreabierto, OCE admite pulpejo, tamaño uterino difícil de evaluar por panículo adiposo, y dejan USG
- USG reporta: saco gestacional en canal endocervical, con embrión vivo, cuello de 1.1 cms decidua normal, FC (-) ovarios normales. Con impresión diagnostica de: embarazo de 8.1 semanas+ embarazo ectópico cervical.
- se procede a colocar sutura compresiva (cérvix set: con técnica de McDonald), se procede a la evacuación de embarazo ectópico cervical y se finaliza con útero vacío, se procede a realizar compresión mediante nudo definitivo y se verifica que no hay sangrado activo.

CASO 3

- Paciente : MCR
- Paciente de 30 años G2P0A1VO, Paciente consulta con historia de amenorrea de 5 semanas más sangrado transvaginal menor que regla, toma Bhcg la que es positiva; Durante examen físico al colocar espejito se observa cuello de aspecto normal hay sangrado escaso, útero para más o menos 6 semanas, se reporta Usg, que describe útero en ante versión de 3.4 x 7.1 cm, cavidad vacía hay saco gestacional 10 mm en orificio cervical interno sin vesícula o embrión, endometrio de grosor de 9 mm, Se inicia manejo con MTX sistémico, Durante procedimiento inicia sangrado transvaginal por lo que se pasa a sala de operaciones y se realiza procedimiento de legrado de canal cervical más cerclaje de cuello.

DISCUSION

Los casos fueron diagnosticados por amenorrea, presencia positiva de HCG, y confirmación ecográfica de saco gestacional implantado en canal cervical por debajo de OCI. En dos de los casos se intentó colocar Metrotexate intracervical guiado por ecografía.

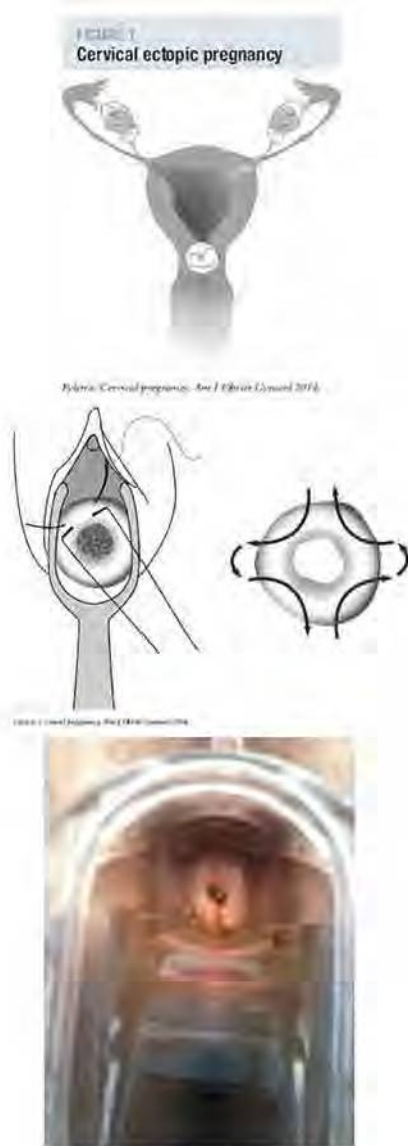
Se procedió a realizar curetaje y cerclaje con técnica McDonald utilizando Cervix-Set, se realizó ecografía de control 8 horas posteriores para descartar hematómetra y se dio alta al segundo día posterior al procedimiento.

Se citó para retiro de cerclaje al décimo día sin presentar sangrado o infección.

El reporte patológico de los tres casos confirmó tejido trofoblástico del primer trimestre.

Se dio seguimiento con HCG periódicamente según norma establecida y se brindó método de planificación familiar para cada usuaria.

FOTOS



BIBLIOGRAFIA

- Fylstra DL. Cervical pregnancy: 13 cases treated with suction curettage and balloon tamponade. Am J Obstet Gynecol 2014;210:581.e1-5.
- Shlomo Mashiach, Cervical Shirodkar cerclage may be the treatment modality of choice for cervical pregnancy. Human Reproduction Vol.17, No.2 pp493-496, 2002