



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

ANÁLISIS DE CASO CLÍNICO SOBRE:

**“HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL POR EMBARAZO ECTÓPICO  
CERVICAL”**

Requisito previo para optar por el Título de Médica.

**Autora:** Borja Cepeda, Paola Vanessa.

**Tutor:** Dr. Cazar Gallegos, Luis Fabricio.

Ambato-Ecuador

Mayo 2018

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor en el Trabajo de Investigación sobre Análisis de Caso Clínico con el tema: “**HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL POR EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL**”. De Borja Cepeda Paola Vanessa, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Jurado examinador, designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud

Ambato, Abril 2018

EL TUTOR

.....  
**Dr. Cazar Gallegos, Luis Fabricio**

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Análisis del presente caso clínico: **“HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL POR EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL”**. Así como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Abril 2018

LA AUTORA

.....

**Borja Cepeda, Paola Vanessa**

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato para que haga de este Análisis de Caso Clínico o parte de, un documento disponible para su lectura, consulta y proceso de Investigación.

Cedo los derechos en línea Patrimoniales de mi Análisis de Caso Clínico dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Abril 2018

LA AUTORA

.....  
Borja Cepeda, Paola Vanessa

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Análisis de Caso Clínico, sobre el tema **“HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL POR EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL”** de Borja Cepeda Paola Vanessa, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo 2018

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE/ A

.....

1er VOCAL

.....

2 do VOCAL

## **DEDICATORIA**

*El presente análisis de caso clínico se la dedico a mi hija y a mi hermano porque con el ejemplo, es con que se educa. El ser perseverante, el ser constante depende de cada uno. De la responsabilidad y la importancia con la que uno da, a cada cosa que se realiza. Nada es fácil pero he aprendido que tampoco es imposible, que es arduo, y que uno a veces siente desfallecer, también es verdad. Pero hay q levantarse, y seguir pese a los obstáculos, los malos momentos o aquellas situaciones que nos quieren desviar del camino correcto; eso sí, siempre manteniendo la Fe y los valores que durante nuestra crianza nos han fomentado; nuestros principios y carácter también deben ser firmes para lograr el objetivo anhelado conjuntamente con el éxito.*

*Para Luisiana Raquel y Jorddy Santiago*

*Los Amo.*

## **AGRADECIMIENTO**

*A mi Madre por ser aquella que fomento en mi lo que soy ahora. Por darme esa fortaleza en los momentos más agobiantes, en ser mi respaldo constante y que sin ella no pudiera haber llegado a donde estoy hoy.*

*A Dios por nunca abandonarme, porque cuando veía al cielo sé que estaba ahí, por no abandonarme y por darme la madre que tengo ejemplo de firmeza y lucha.*

*Al Hospital Regional Docente Ambato, y quienes lo conforman por darme la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y habilidades que son serán para el beneficio de mi carrera profesional. En especial al Dr. Henry Vinueza por ser tan generoso con sus conocimientos hacia mí y por la paciencia ante mis temores y dificultades.*

*A mi Tutor Dr. Fernando Cazar por haberme brindado su apoyo en el camino hacia el cumplimiento de este ideal, siendo guía y ejemplo de trabajo.*

*A la Universidad Técnica de Ambato, por contribuir a la formación de sus estudiantes y al engrandecimiento del País.*

## **ÍNDICE**

## APROBACIÓN DEL TUTOR

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE.....	vii
1 INTRODUCCIÓN.....	1
2 OBJETIVOS.....	2
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	2
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	2
3 RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES.....	3
3.1 DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS.....	3
4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO.....	3
4.1.1 Datos de Filiación.....	3
4.1.2 Antecedentes.....	3
4.1.3 Resumen de evolución clínica.....	4
4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	13
4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD.....	14
4.3.1 OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA.....	14
4.3.2 ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA.....	14
4.3.3 ATENCIÓN DE EMERGENCIA.....	14
4.3.4 OPORTUNIDADES DE REMISIÓN.....	15
4.3.5 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS.....	15



4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS .....	15
4.5 ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CRÍTICOS .....	16
4.6 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA .....	17
4.6.1 EMBARAZO ECTÓPICO.....	17
4.6.1.1 EPIDEMIOLOGÍA.....	17
4.6.1.2 FACTORES DE RIESGO.....	18
4.6.1.3 FISIOPATOLOGÍA.....	20
4.6.1.4 DIAGNÓSTICO .....	20
4.6.1.5 TRATAMIENTO .....	21
4.7 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA .....	27
5 CONCLUSIONES .....	29
6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	30
6.1 CITAS BIBLIOGRAFICAS .....	30
6.2 BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO .....	31
7 ANEXOS.....	33

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

**“HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL POR EMBARAZO ECTÓPICO  
CERVICAL”**

**Autora:** Borja Cepeda, Paola Vanessa.

**Tutor:** Dr. Cazar Gallegos, Luis Fabricio.

**Fecha:** Abril 2018

**RESUMEN**

El embarazo cervical corresponde a un inhabitual tipo de embarazo ectópico; representa alrededor de 0.1% de todos los embarazos ectópicos. La incidencia se estima en 1: 2500 a 1: 98,000 embarazos a nivel mundial. En América este ascendió a 4,5 por 1 000 embarazos, entre las causas de este incremento, se han mencionado el aumento de las enfermedades de transmisión sexual, inflamación pélvica y técnicas de reproducción asistida. En Ecuador aunque no existe reportes de la incidencia de su presentación, según el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) manifiesta que los embarazos ectópicos se encuentra entre las diez primeras causas de muerte materna en nuestra nación. Este embarazo caracterizado por implantación de un óvulo fertilizado en el canal endocervical hace que el diagnóstico tardío retrasa el inicio del tratamiento; y es extremadamente peligroso porque el trofoblasto puede alcanzar los vasos uterinos, a través de la delgada pared cervical y provocar una hemorragia grave e incoercible.

Debido a este antecedente nace la importancia de esta investigación, sobre este tipo de embarazo, porque puede producirse una hemorragia masiva secundaria a sangrado de los vasos cervicales. Por lo que es de interés para todos, primordialmente para el personal de salud, ya que es una condición que amenaza la vida del paciente. Se

presenta a continuación un caso clínico. Paciente de 31 años de edad, con ningún antecedente patológico personal ni familiar de importancia. Acude por presentar desde hace 2 meses sangrado genital en poca cantidad, acompañado de dolor de gran intensidad localizado en hipogastrio por lo que acude al Hospital de Pelileo, se obtiene BHCG cualitativa positiva y es referida al Hospital Regional Docente Ambato e ingresada a Centro Obstétrico encontrando en revisión de cérvix saco gestacional adherido y roto con sangrado activo por lo que se realiza una histerectomía abdominal total.

**PALABRAS CLAVES:** EEC: EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL; HT: HISTERECTOMÍA TOTAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CAREER OF MEDICINE

**“TOTAL ABDOMINAL HYSTERECTOMY FOR CERVICAL ECTOPIC  
PREGNANCY”**

**Author:** Borja Cepeda, Paola Vanessa.

**Tutor:** Dr. Cazar Gallegos, Luis Fabricio.

**Date:** April 2018

**SUMMARY**

Cervical pregnancy corresponds to an unusual type of ectopic pregnancy; it represents around 0.1% of all ectopic pregnancies. The incidence is estimated at 1: 2500 to 1: 98,000 pregnancies worldwide. In America this amounted to 4.5 per 1,000 pregnancies, among the causes of this increase, have mentioned the increase in sexually transmitted diseases, pelvic inflammation and assisted reproduction techniques. In Ecuador, although there are no reports on the incidence of its presentation, according to the INEC (National Institute of Statistics and Census), it states that ectopic pregnancies are among the ten leading causes of maternal death in our nation. This pregnancy, characterized by implantation of a fertilized ovule in the endocervical canal, causes late diagnosis to delay the start of treatment; and it is extremely dangerous because the trophoblast can reach the uterine vessels, through the thin cervical wall and cause a severe and incoercible hemorrhage.

Due to this antecedent the importance of this investigation is born, on this type of pregnancy, because a massive hemorrhage can occur secondary to bleeding of the cervical vessels. For what is of interest to all, primarily for health personnel, as it is a

condition that threatens the patient's life. A clinical case is presented below. Patient of 31 years of age, with no significant personal or family history. He has been presenting for 2 months genital bleeding in a small amount, accompanied by pain of great intensity localized in hypogastrium, so he goes to the Pelileo Hospital, obtains positive qualitative BHCG and is referred to the Ambato Regional Teaching Hospital and admitted to the Obstetric Center. in revision of cervix gestational sac adheres and broken with active bleeding so a total abdominal hysterectomy is performed.

**KEY WORDS:** EEC: ECTOPIC CERVICAL PREGNANCY; HT: TOTAL HYSTERECTOMY.

# 1 INTRODUCCIÓN

Según la Sociedad Española de ginecología el embarazo ectópico (E.E) se define como el ovocito fertilizado en la que su implantación ocurre fuera de la cavidad endometrial. El término “ectópico” deriva de las palabras griegas ectos: “fuera” y topos: “lugar”. El embarazo ectópico es una condición en la cual el óvulo fecundado se implanta y se desarrolla fuera del útero, lo que dificulta que el embarazo pueda llegar a buen término.

Representa una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna en el primer trimestre del embarazo.

Los embarazos ectópicos son hasta el 2% de todos los embarazos. Su tendencia actual ha aumentado en los últimos años. El 95% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa. Siendo sus formas no tubáricas: el embarazo cervical (0,1%), el embarazo ovárico (0,5%), el embarazo abdominal (1,3%) el embarazo cornual (3%), el embarazo intraligamentario (0,1%), y el embarazo en cuerno uterino rudimentario.

En los países de desarrollo estudios informan tasas de mortalidad por embarazo ectópico de alrededor del 1 al 3%, diez veces más elevadas que en los países de desarrollo.

El riesgo de muerte a partir de un embarazo extrauterino es 10 veces mayor que el de un parto vaginal y 50 veces mayor que un aborto inducido. Pero a la vez el diagnóstico temprano aumenta la supervivencia materna y al mismo tiempo la conservación de la capacidad reproductiva.

El diagnóstico tardío lo que conduce en casi todos los casos a complicaciones importantes e intervenciones quirúrgicas de emergencia, es el factor responsable de índices elevados de mortalidad en aquellas pacientes que presentan un embarazo ectópico. Por lo que el embarazo ectópico es una patología que pone en riesgo la vida.

En el Ecuador el 4% de pacientes presentó un embarazo ectópico, su prevalencia se ha triplicado en los últimos 20 años, aunque su mortalidad ha decrecido por los avances de diagnóstico y tratamiento.

El embarazo cervical es una forma rara de gestación ectópica donde el embrión se implanta en el canal endocervical.

Anatómicamente el canal endocervical es parte del cuello uterino, este se extiende desde el orificio cervical externo hasta el orificio cervical interno, mide unos 6 mm de diámetro, está revestido en todo su trayecto del epitelio endocervical cilíndrico simple secretor de mucus, lo que le permite estar ocluido totalmente en su luz por el moco cervical, constituyendo el llamado tapón mucoso endocervical, que impide que los gérmenes procedentes de la vulva, vagina y exocérvix asciendan a los genitales .

Los embarazos cervicales constituyen los casos más raros llegando a alcanzar únicamente hasta el 0,1% como se lo manifestó anteriormente con respecto de todos los embarazos ectópicos. La incidencia de estos en los programas de reproducción asistida es bastante mayor y está en un valor cercano a 1/1000. Anteriormente, su diagnóstico se realizaba de manera tardía, y en la mayoría de las ocasiones suponía la necesidad de realizar una histerectomía por sangrado masivo. En Estados Unidos durante el periodo entre 1970 y 1992 se vio un aumento marcado en la misma región, casi por un factor de seis, esto sin embargo fue gracias a la mejora en el diagnóstico de dicha condición, desde entonces la incidencia se ha estabilizado y permanece cerca del 2% para embarazos ectópicos . En México, algunos autores reportaron una tasa de 6.1 por cada 1000 nacidos vivos, con secuelas inmediatas y tardías que pueden involucrar la esterilidad o la mortalidad materna. En Honduras, se realizó un estudio por Cuestas (2006) quien encontró que la frecuencia de embarazo ectópico era de 9.9 por 1000 embarazos, encontraron como factores de riesgo el tener dos o más parejas sexuales (46%), la enfermedad pélvica inflamatoria (33%), el uso de Dispositivo Intrauterino (33%), el tabaquismo (10%) y el ectópico previo (2.3%) . El embarazo cervical es una entidad sumamente rara y que conlleva serias complicaciones al no ser diagnosticada a tiempo. Razón por la cual es importante conocer las características tanto clínicas como ecográficas para su diagnóstico temprano. Se pretende mostrar un caso clínico, en el cual se observa la evolución satisfactoria de una paciente con un embarazo cervical al ser diagnosticada a tiempo y poder darle un manejo conservador.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir las características clínicas y la conducta diagnóstica y terapéutica en una paciente con embarazo ectópico cervical con vistas a lograr un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno que permita preservar la vida de la enferma y su calidad.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los factores de riesgo del embarazo ectópico cervical.
- Describir las manifestaciones clínicas en una paciente con embarazo ectópico cervical.
- Describir la conducta diagnóstica y terapéutica en paciente con embarazo ectópico cervical.
- Identificar los nodos críticos en el manejo diagnóstico y terapéutico de una paciente con embarazo ectópico cervical.



### **3 RECOPIACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN DISPONIBLES**

#### **3.1 DESCRIPCIÓN DE LAS FUENTES DE INFORMACIÓN UTILIZADAS**

Historia clínica de la paciente con previa aprobación del Gerente del Hospital General Docente Ambato.

Artículos de revisión científica, los mismo que contenían estrategias diagnóstico terapéuticas para el adecuado manejo de una paciente.

Revisiones Bibliográficas , Libros de texto de Ginecología y Obstetricia para la actualización teórica de la patología que presentaba la paciente.

#### **4.1 DESCRIPCIÓN CRONOLÓGICA DEL CASO**

##### **4.1.1 Datos de Filiación**

Paciente de sexo femenino de 31 años de edad, mestiza, nace y reside en la ciudad de Pelileo, mestiza, casada, instrucción primaria completa, ocupación ama de casa, grupo sanguíneo desconoce.

##### **4.1.2 Antecedentes**

**Antecedentes personales:** No refiere.

**Antecedentes Gineco – Obstétricos:**

Menarquia 13 años.

Controles menstruales regulares por 5 días.

Inicio de vida sexual activa 17 años.

Parejas sexuales 3.

Pap test ninguno.

Método de planificación familiar: Inyección mensual.

✓ ITS: Ninguna

G4, P3, C0, A0, HV3, HM0.

G1: parto eutócico, recién nacido vivo masculino hace 13 años.

G2: parto eutócico, recién nacido vivo masculino hace 7 años.

G3: parto eutócico, recién nacido vivo masculino hace 5 años.

G4: Gesta Actual.

#### **Antecedentes Patológicos Familiares:**

No refiere.

#### **4.1.3 Resumen de evolución clínica**

**Motivo de consulta:** Sangrado genital

#### **Enfermedad actual:**

Paciente que presenta aproximadamente desde hace dos meses previo al ingreso, sangrado genital de poca a moderada cantidad, acompañado de leve dolor abdominal tipo contracción localizado en hipogastrio. Hace 12 horas dolor abdominal se exacerba por lo que acude al Hospital Básico de Pelileo, donde realizan prueba de embarazo cualitativa donde resulta BHCG POSITIVO y refiere al servicio de Emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato, donde es valorada estabilizada e ingresada al Servicio de Ginecología.

**Examen físico:**

<b>SIGNOS VITALES</b>	
<b>PRESIÓN ARTERIAL</b>	100/60 mmHg
<b>FRECUENCIA CARDIACA</b>	75 lpm
<b>FRECUENCIA RESPIRATORIO</b>	20 rpm
<b>SATURACIÓN DE OXÍGENO</b>	96%
<b>TEMPERATURA</b>	37.8 °C
<b>SCORE MAMA</b>	0

<b>MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS</b>	
<b>PESO</b>	62 Kg
<b>TALLA</b>	156 cm
<b>IMC</b>	19.87

Paciente consciente, vigil, orientada en tiempo, espacio y persona, febril, álgica, biotipo normosómico.

- Boca: mucosas orales húmedas, piezas dentales completas en regular estado de conservación e higiene. Oro faringe: no congestiva.
- Tórax: simétrico, expansibilidad y frémito conservado.

- Pulmones: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos.
- Corazón: ruidos cardiacos rítmicos, normo fonéticos, no se auscultan soplos.
- Abdomen: suave, depresible, doloroso a la palpación profunda y superficial en hipogastrio.
- RIG: Genitales de múltipara, se evidencia sangrado en moderada cantidad.
- Región lumbar: No puño percusión.
- Extremidades:

Superiores: Miembro superior derecho presencia de vía periférica:

Inferiores: Tono y fuerza conservados, no hay presencia de edema.

### **Valoración en el Servicio de Emergencia:**

Fecha: 03/05/2017; Hora: 17:52 pm.

Paciente es referida al servicio de Emergencia con 1.- Dg. de Embarazo ectópico a descartar. 2.- Aborto incompleto en donde es valorada por Médico de emergencias e Interna Rotativa de Obstetricia de turno, quien solicita exámenes complementarios los mismos que reportan:

**Examen Especular:** Se observa masa anexial de aproximadamente 6 por 3 cm en cuello del útero, orificio cervical externo.

### **BIOMETRÍA**

<b>HTO</b>	44%
<b>HGB</b>	13.7g/dl
<b>Leucocitos</b>	12000K/Ul
<b>Segmentados</b>	62%

<b>Linfocitos</b>	36%
<b>Monocitos</b>	2%
<b>Eosinófilos</b>	0%

### QUÍMICA

<b>Urea</b>	28.9 mg/dl
<b>Creatinina</b>	0.80 mg/dl

### SEROLOGÍA

<b>VDRL</b>	No reactivo
-------------	-------------

### BHCG

<b>CUALITATIVA</b>	<b>POSITIVO</b>
--------------------	-----------------

#### PLAN DE TRATAMIENTO

- Lactato Ringer 1000cc IV de mantenimiento.
- Ingreso al Servicio de Ginecología y Obstetricia.

#### **Valoración en Centro Obstétrico:**

Fecha: 03/05/2017; Hora: 20:15 pm.

Paciente de 31 años consiente, orientada, febril con dolor abdominal de moderada intensidad de aproximadamente 12 horas de evolución.

RIG Sangrado genital en moderada cantidad.

ECO PÉLVICO: Cavidad endometrial se advierte contenido de predominio ecogénico, un volumen aproximado de 5cc-10cc localizado en el fondo y cuerpo en relación con restos.

**IDG:** Aborto incompleto Séptico.

 **Plan:** BHCG Cuantitativa

**Tratamiento:**

- ✓ NPO
- ✓ CSV + Control de sangrado genital.
- ✓ Curva térmica
- ✓ Lactato Ringer 1000cc IV a 125cc/h
- ✓ Clindamicina 900mg IV c/8h
- ✓ Gentamicina 160mg IV QD
- ✓ BH-QS-TP-TTP-VIH-VDRL
- ✓ BHCg CUANTITATIVA
- ✓ Valoración con resultados

<b>BIOMETRÍA</b>	
<b>HTO</b>	39%
<b>HGB</b>	12.7
<b>Leucocitos</b>	9540 k/ul
<b>Plaquetas</b>	287000 k/ul
<b>Neutrófilos</b>	80,6%
<b>Linfocitos</b>	16.7

<b>TP</b>	12.4 seg.
<b>TTP</b>	26.2 seg.

BIOQUÍMICA	
GLUCOSA	100 mg/dl
UREA	23,5mg/dl
CREATININA	0,85mg/dl
ACIDO ÚRICO	3.80 mg/dl

INMUNOLOGÍA	HIV 3RA Generación	No reactivo
-------------	--------------------	-------------

GRUPO SANGUÍNEO	A
FACTOR RH	POSITIVO

HCG BETA	
CUANTITATIVA	1665.00 mIU/ml

**Valoración en Centro Obstétrico:**

Fecha: 03/05/2017; Hora: 23:00pm.

Paciente Glasgow 15/15 TA. 100/60 mmHg FC. 85LPM FR. 20RPM SPO2 93%

Paciente con sangrado activo, se extrae coágulos abundantes de canal vaginal y se palpa tejido sacular adherido a cérvix.

 **Plan:** REVISIÓN DE CÉRVIX STAT

Lactato Ringer 2000cc IV en bolo stat.

### **NOTA POST REVISIÓN**

Fecha: 03/05/2017; Hora: 23:40pm.

Bajo anestesia general se realiza revisión de cérvix uterino encontrándose saco firmemente adherido, roto, con sangrado activo abundante de aproximadamente 400cc.

**IDG:** Embarazo ectópico cervical más hemorragia activa

 **Plan:** HISTERECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL DE URGENCIA

### **Intervención quirúrgica**

Fecha: 03/05/2017; Hora: 23:45pm.

**Dg. Prequirúrgico:** Embarazo ectópico cervical más hemorragia activa

**Dg. Postquirúrgico:** Embarazo ectópico cervical más hemorragia activa

**Cirugía:** Histerectomía abdominal total

### **Hallazgos:**

-Útero de aproximadamente 8x6x5cm

-Embarazo ectópico cervical, firmemente adherido a canal, roto de aproximadamente 4x4cm

-Anexos macroscópicamente normales

-Sangrado transquirúrgico aproximadamente 500cc

### **✓ Procedimiento operatorio:**

- Asepsia – antisepsia.

- Colocación de campos quirúrgicos.



- Diéresis descrita.
- Profundización por planos

Colocación de separador O Sullivan

Colocación de compresas para protección de intestinos.

Pinzamiento, sección, ligadura con punto transfixivo de pedículo superior, procedimiento bilateral.

Apertura y separación de hojas de ligamento ancho.

Pinzamiento, sección y ligadura de arteria uterina, procedimiento bilateral.

Pinzamiento, sección y ligadura de útero sacros, procedimiento bilateral.

Pinzamiento, sección y ligadura de Mackenrot, procedimiento bilateral.

Extracción de pieza quirúrgica

Fijación y formación de cúpula vaginal

Peritonización de cúpula

Control de hemostasia

Colocación de drenaje de Jackson

### **Síntesis:**

- Por planos.

### **Complicaciones:**

Cérvix uterino engrosado, muy vascularizado, de difícil identificación y extracción.

### **Histopatológico:**

Si

### **Team quirúrgico:**

- Dra. Ximena Álvarez
- Md. Karina López
- IRM. Johanna Proaño
- Anestesiólogo: Dr. Ángel Rodríguez

## **Evolución**

Fecha: 04/05/2017; Hora: 01:40am.

Paciente post histerectomía abdominal total por embarazo ectópico cervical más hemorragia. Al momento refiere dolor abdominal de moderada intensidad.

TA. 105/70mmHg FC 72lpm FR 20rpm

Paciente consiente, orientada, mucosas orales húmedas, conjuntivas rosadas, cardiopulmonar normal, abdomen suave, depresible, leve dolor a la palpación, presencia de drenaje con producción de 5 a 10cc de líquido serohemático. Herida quirúrgica sin signos de infección.

Región inguinal no presenta sangrado. Miembros inferiores no presencia de edema.

 PLAN : Antibioticoterapia

Analgesia

Hierro sacarosa 300mg en 300cc Solución Salina pasar en 2 horas.

Pase a piso

Biometría de control

<b>BIOMETRÍA HEMÁTICA</b>	
<b>Leucocitos</b>	12.870 K/ul
<b>Neutrófilos</b>	82,8%
<b>Linfocitos</b>	11,7%
<b>Monocitos</b>	4,3%
<b>HGB</b>	8,60 g/dl
<b>HTO</b>	26,8%
<b>VCM</b>	99.fl

<b>HCM</b>	31.9pg
<b>Plaquetas</b>	215.000 K/ul

## **Evolución**

Fecha: 04/05/2017- 08/05/2017

Paciente con evolución favorable durante la hospitalización. Paciente hemodinámicamente estable, SCORE MAMA = 0. Dren con producción escasa de líquido serohemático. Herida quirúrgica sin signos de infección.

Hemoglobina :7,9g/dl
Hematocrito: 24.6 %
Leucocitos: 8780 K/ul
Plaquetas : 131.000K/ul

 PLAN : Alta

## **4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

Según la OMS, se describe a un factor de riesgo como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Existen múltiples factores que aumentan la probabilidad de tener un embarazo ectópico, es importante tener en cuenta que los embarazos ectópicos también pueden presentarse en las mujeres sin ninguno de estos factores de riesgo. El embarazo

ectópico es multifactorial, hasta el 50% de las mujeres con embarazo ectópico no tienen riesgos identificables. Los riesgos para esta patología no son necesariamente independientes entre sí, y los reconocidos tienen una variación en cuanto a las tasas, que depende de la población en particular. En última instancia, las condiciones que retrasan o impiden el paso del embrión a través de la trompa y dentro de la cavidad uterina, pueden conducir a la implantación ectópica.

Los mecanismos subyacentes de riesgo de implantación extrauterina siguen sin estar del todo claros; sin embargo, estos pueden incluir: 1) obstrucción anatómica, 2) anomalías en la motilidad de las trompas o en la función ciliar, 3) concepción anormal, y 4) factores quimio tácticos que estimulan la implantación tubárica.

### **4.3 ANÁLISIS DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD**

#### **4.3.1 OPORTUNIDAD EN LA SOLICITUD DE LA CONSULTA**

Los pacientes tienen la oportunidad de solicitar vía telefónica una consulta médica, el conflicto es que la consulta médica no es para el día en que se realiza la llamada por lo que algunos pacientes, no acuden a la fecha indicada, la molestia que presentan cede a veces total o levemente por lo que no insiste.

#### **4.3.2 ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA**

Las pacientes dejan de ir a un chequeo de control de salud en el que se incluye aspectos gineco-obstétricos, a veces porque el centro de Salud está lejos o como en este caso el cuidar del hogar es más apremiante para la paciente que acudir a control, porque el tiempo que amerita una consulta para la paciente puede invertirlo en los quehaceres de la casa, y el cuidado de sus hijos.

#### **4.3.3 ATENCIÓN DE EMERGENCIA**

En el servicio de emergencia del Hospital General Docente Ambato existe un área específica de ginecología y obstetricia por lo que la paciente es atendida de manera

ágil y eficaz, además de acuerdo al problema de salud de la paciente se decide su ingreso o no a este servicio.

#### **4.3.4 OPORTUNIDADES DE REMISIÓN**

En este caso el cuadro clínico que presento la paciente pudo resolverse en el Hospital General Docente Ambato , sin la necesidad de una transferencia a tercer nivel. Lo que si se podría recalcar que del Hospital Básico de Pelileo hacia el HGDA se realiza una transferencia, pero la paciente acude por medios propios al Hospital de segundo nivel; más no asiste en una ambulancia, ni con personal de salud.

#### **4.3.5 TRÁMITES ADMINISTRATIVOS**

Los trámites administrativos no tuvieron ningún inconveniente, ni presentaron ningún retraso en la atención a la paciente .

#### **4.4 IDENTIFICACIÓN DE LOS PUNTOS CRÍTICOS**

- Controles de salud deficientes, por desconocimiento o falta de interés por parte de la paciente incluso ante un acceso fácil a un Centro de salud cercano.
- Ocultamiento de los síntomas presentados por la paciente, misma que retrasa su oportuno diagnóstico.
- Paciente atendida por médico del Hospital Básico de Pelileo con referencia del HGDA de manera ambulatoria por sus propios medios.
- Ingreso por Emergencia del Hospital Provincial General Ambato con sintomatología de evolución de dos meses, pero al momento exacerbado.
- Riesgo de muerte por hemorragia activa.

#### 4.5 ANÁLISIS DE LOS PUNTOS CRÍTICOS

- La falta de costumbre, de conocimiento del paciente de no realizarse un control médico así se sienta bien con su salud, permite que algunas enfermedades no sean diagnosticadas oportunamente y que estas avancen. Lamentablemente el paciente acude a la atención médica ya cuando presenta gravedad y/o complicaciones en su salud.
- Las referencias de los pacientes a Segundo o Tercer nivel deben ser siempre por medios adecuados, es decir como medio de transporte una ambulancia acompañado de personal de salud sea este médico, interno de medicina o paramédico, así se puede evaluar en el transcurso de la referencia al paciente, pues este puede estar estable hemodinamicamente al inicio de la transferencia pero en el transcurso de la misma puede cambiar y complicarse, por lo que necesitara la atención ocurrente del personal médico y a su vez el transporte donde viaja, tenga los implementos necesarios para estabilizar al paciente.
- La paciente inicia con síntomas (sangrado por vía vaginal) hace 2 meses; pero no acude de inmediato a un control médico, esto hace que ya llegue al servicio de emergencia del hospital con el mismo síntoma pero este ya compromete su vida al presentarse como un sangrado activo. Es primordial promover al paciente de que al mínimo síntoma que presenta acuda al médico de su Centro de Salud y evaluando la capacidad resolutive de la enfermedad puede ser necesario o no su referencia a un Segundo o Tercer nivel para su atención.

## **4.6 REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

### **4.6.1 EMBARAZO ECTÓPICO**

El embarazo ectópico es la implantación del blastocisto en un sitio diferente de la cavidad uterina normal, representa una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna en el primer trimestre del embarazo. Los embarazos ectópicos son hasta el 2% de todos los embarazos. Su tendencia actual ha aumentado en los últimos años. El 95% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa; siendo sus formas no tubáricas el embarazo cervical (0,1%), el embarazo ovárico (0,5%), el embarazo abdominal (1,3%), el embarazo intraligamentario (0,1%), y el embarazo en cuerno uterino rudimentario.

Los embarazos cervicales constituyen los casos más raros llegando a alcanzar únicamente hasta el 0,1% de todos los embarazos ectópicos. La incidencia de estos en los programas de reproducción asistida es bastante mayor y está en un valor cercano a 1/1000<sup>1</sup>

#### **4.6.1.1 EPIDEMIOLOGÍA**

Los embarazos ectópicos son relativamente frecuentes, constituyen la emergencia más peligrosa del embarazo temprano. En la literatura la incidencia oscila usualmente alrededor del 1- 2% de las mujeres embarazadas, los embarazos ectópicos usualmente son condiciones del primer trimestre, manifestándose comúnmente entre las 6 y 10 semanas de gestación. Con dolor abdominal severo e incapacitante, se debe tener en cuenta que el deterioro de la paciente puede ser rápido debido a la probabilidad de un sangrado intraabdominal con gran pérdida de volumen. Aunque hay factores de riesgo asociados, un aproximado de la mitad de los casos no presenta ningún factor de riesgo.<sup>1</sup>

#### **4.6.1.2 FACTORES DE RIESGO**

Los factores de riesgo para EE que tienen suficiente consistencia se clasifican en alto, moderado y bajo riesgo, existen otros factores de riesgo menos comunes, pero que han sido asociados con EE.

Las alteraciones hormonales producen disminución de la motilidad tubárica, lo que ocasiona el crecimiento del cigoto antes de llegar al endometrio, quedando retenido en la trompa. Estas alteraciones están dadas por diferentes niveles de estrógeno y progesterona en sangre, que cambian la cantidad de receptores responsables de la musculatura lisa en la trompa y el útero, los ejemplos son varios: anticonceptivos orales de progestágenos, dispositivos intrauterinos con progesterona, el aumento de estrógenos pos ovulación, como ocurre con el uso de la "píldora del día siguiente", los inductores de la ovulación, así como los defectos de la fase lútea.<sup>2</sup>

Ciertas cirugías pélvicas o abdominales: La apendicectomía y la cirugía tubarica, debido a las adherencias peritoneales que se observan frecuentemente después de esta cirugía. Al igual que las infecciones pélvicas, condiciones tales como endometriosis, fibromas o tejido cicatrizante en la pelvis (adherencias pélvicas), puede reducir las trompas de Falopio e interrumpir el transporte de huevos.

Uso de dispositivo intrauterino: con cualquier método anticonceptivo, el número absoluto de embarazos ectópicos disminuye porque también disminuye el número de embarazos. Sin embargo, al fallar estos métodos el número relativo de embarazos ectópicos aumenta. El uso de dispositivos intrauterinos es un método anticonceptivo altamente efectivo, sin embargo, su falla y consecuente embarazo puede ocurrir en aproximadamente 2 de cada 100 mujeres por año de uso del DIU. Los embarazos generalmente ocurren durante el primer año. A más de la presencia de embarazos normales, se pueden producir embarazos ectópicos en 0,4 - 0,7% de las usuarias de estos dispositivos, lo que a pesar del bajo porcentaje, se destaca como el método contraceptivo que más predispone a esta patología.<sup>3</sup>

Tabaquismo: un reciente meta-análisis muestra que el hábito de fumar cigarrillos incrementa significativamente el riesgo de embarazo ectópico. Sin embargo, la razón por la que sucede esto no está establecida. Con probabilidad, las sustancias químicas en el humo del cigarrillo alteran el transporte del embrión al útero. A pesar de que



existen estudios respecto a este mecanismo, sus resultados no fueron concluyentes. Embarazos ectópicos previos: después de un embarazo ectópico previo, existe aproximadamente un 10% de tener otro.

Las infecciones a repetición y las transmitidas por contacto sexual, especialmente las infecciones por *Chlamydia Trachomatis* son una causa importante de embarazos ectópicos además de infertilidad en la mujer. Respecto al mecanismo exacto por el cual *Chlamydia Trachomatis* interviene en el origen de embarazos ectópicos, aún es un misterio. Así, estudios han demostrado que la salpingitis por *Chlamydia* se asocia a un aumento de hasta 5 veces de TNF- $\alpha$  (Factor de Necrosis tumoral alfa) en el fluido tubárico. La inflamación de las trompas estrecha el canal tubárico y favorece la formación de un embarazo ectópico<sup>4</sup>

Edad: Mientras mayor edad tenga la madre al momento del embarazo, mayor riesgo de embarazo ectópico. Así tenemos que las tasas más altas de embarazos ectópicos se dan en mujeres en edades entre los 35 y 44 años de edad.

Coito antes de los 18 años : Existe una considerable cantidad de adolescentes embarazadas que presentan embarazos ectópicos y que se debe a la falta de madurez de los órganos sexuales los cuales no transportan el óvulo fecundado a tiempo para implantarse en el endometrio y termina implantándose fuera del útero .<sup>5</sup>

En nuestro país Ecuador, un estudio sobre los factores de riesgo de embarazo ectópico realizado en pacientes del Hospital “Matilde Hidalgo de Procel” de la Ciudad de Guayaquil en el periodo 2013 al 2015; con la información que se proporciona, se puede observar que el 25% de las pacientes, de una muestra de 100 pacientes se encuentran entre las edad de 26 - 30 años, mientras que el 7% representa a las pacientes que comprenden la edad entre 40 y 45 años.

Estos datos nos dan a entender que los embarazos ectópicos se presentan más comúnmente en la segunda década de vida en contraste con edades superiores. Esto además puede ser debido a que en nuestro país la pirámide poblacional es de base ancha al ser constituida por personas jóvenes y es común el inicio de la vida sexual activa y embarazo en mujeres de temprana edad y adolescentes.

Sobre la edad Gestacional calculada de las pacientes con embarazo ectópico, se puede observar que el 50% de las pacientes, se encuentran entre 4.1-7 semanas de

gestación. Mientras que el 3.75% representa a la minoría de las pacientes con >12 semanas de gestación. datos nos dan indicios de que en nuestra población, la mayoría de los síntomas de embarazo ectópico se manifiestan de forma más frecuente durante las primeras semanas de gestación, lo cual depende en mayor medida de la localización ectópica, ya que de hallarse implantado en una zona que permita cierto crecimiento embrional, es más factible la aparición de síntomas tardíos.

De las mujeres que presentan embarazo ectópico, 2 % de ellas consumían tabaco con regularidad. El coito antes de los 18 años nos muestra 39%. El factor de riesgo de embarazo ectópico previo nos da una razón de prevalencia de 18%.<sup>6</sup>

#### **4.6.1.3 FISIOPATOLOGÍA**

El ovario libera un óvulo que es succionado por una de las trompas de Falopio, donde es impulsado por cilios similares a pelos hasta llegar al útero varios días después. La fecundación del óvulo normal se efectúa en la trompa de Falopio y la implantación en el útero. Sin embargo, si la trompa se cierra por factores mecánicos o factores funcionales, el óvulo puede desplazarse lentamente o incluso quedar obstruido. El óvulo fecundado no llega al útero y, en consecuencia, se produce un embarazo ectópico.<sup>7</sup>

Lo que sucede en un embarazo cervical como su nombre sugiere es la implantación en el cérvix en lugar del útero. El cérvix es un sitio anómalo y peligroso de implantación placentaria, porque el trofoblasto puede penetrar a través de la pared cervical o hacia la irrigación uterina. La gestación cervical con frecuencia se confunde con un proceso neoplásico, debido a la marcada vascularidad y el aspecto friable del cérvix.<sup>8</sup>

#### **4.6.1.4 DIAGNÓSTICO**

La presentación clínica de este es semejante a la de los embarazos ectópicos con ciertas diferencias claves. Hay dolor, sin embargo este no es tipo cólico y es en menor grado y tiene una tendencia a ubicarse más abajo en el abdomen. Durante la

especuloscopia puede observarse si la implantación es lo suficientemente baja, el saco o restos placentarios lo cual tiende a confundirse con un aborto incompleto.

El diagnóstico se realiza con una prueba de  $\beta$ -hCG positiva y un ultrasonido que demuestre la implantación en cérvix y la ausencia de contenido en cavidad uterina.

Kung y otros han descrito criterios ecosonograficos para embarazo cervical:

- a) Identificación del saco gestacional o de la placenta dentro del cuello uterino.
- b) Embarazo intrauterino inexistente.
- c) Visualización de una línea endometrial normal.
- d) Útero en reloj de arena, en forma de ocho con un canal cervical prominente.
- e) Un saco con actividad cardíaca activa por debajo del orificio cervical interno, lo que indica un embarazo viable<sup>9</sup>

Los recientes avances en ecografía de alta resolución han dado lugar a un diagnóstico precoz, y por lo tanto al desarrollo de varios enfoques de tratamiento conservador médicos o quirúrgicos que evitan la histerectomía y preservar la fertilidad. La imagen ecográfica típica de Doppler de color es un útero vacío y un saco gestacional dentro de la zona cervical, la invasión de la pared anterior o posterior del cuello del útero con un flujo de sangre peri-trofoblástica. Además, la resonancia magnética (MRI) también se utiliza como un método complementario. La RM se puede utilizar en caso de dificultades para distinguir entre un embarazo cervical y de cuello uterino-ístmica. La combinación de estas dos técnicas permite una mejor definición de evolución de la enfermedad y el diagnóstico precoz.<sup>10-11</sup>

#### **4.6.1.5 TRATAMIENTO**

La terapia debe ir orientada a las metas de la paciente, hay que tener en cuenta que las pacientes que cursan con esta condición son nulíparas o han tenido alguna dificultad para concebir e inclusive problemas de fertilidad. La terapia puede ser conservadora, en la que se da manejo médico para terminación del embarazo (si esto aún no ha sucedido) y quirúrgico, si hubieran vasos grandes comprometidos embolización de estos, en aras de conservar la capacidad reproductiva de la paciente.

Terapia radical en casos de sangrado extremo en las que se deberá realizar histerectomía y ligadura de las arterias uterinas para preservar la vida de la paciente . El tratamiento médico más aceptado en la actualidad es el methotrexate (MTX). Esta modalidad terapéutica se ha descrito tanto para el tratamiento médico del embarazo ectópico tubario no complicado, como para el embarazo ectópico cervical y el persistente.<sup>12</sup>

Ushakov refiere cinco condiciones para intentar el manejo conservador en estas pacientes: Diagnostico confiable de Embarazo cervical, Paciente Hemodinamicamente Estable, Edad Gestacional menor de 10 semanas, Ausencia de Enfermedad renal o hepática Activa y Ausencia de trombocitopenia o leucopenia.

Murray y cols comenta los resultados de los estudios famosos donde compara la efectividad del metotrexato (MTX) versus intervención quirúrgica laparoscopica en cuanto cual ofrece mejor chance de nuevo embarazo y recurrencia de embarazo ectópico: Hajenius y cols., en 1997 encontró que no había diferencia significativa entre ambos tratamientos en cuanto a probabilidad de futuros embarazos. Fernandez y Cols., encontraron que también no había una diferencia significativa pese a haber ligeramente mejores resultados MTX.<sup>13</sup>

Saraj y cols, no encontraron diferencia significativa sin tampoco; Sowter y Cols.,siempre sin una diferencia significativa en cuanto a futuros embarazos pero con mejor tasa de éxito con tratamiento quirúrgico laparoscopia y tiempo más corto de aclaramiento de la  $\beta$ -hCG.

En cuando a dosis de Metotrexate, existen multiples estudios y revisiones bibliográficas sobre su uso. Desde 1988 con Stovall utilizando Metotrexate 2 días alternos, a 1 mg-kg-día con leucovorín. Palti y col. MTX 12,5 mg asociados a ácido folínico 0,1 mg-kg-dosis durante 5 días. Stovall y col. informan el uso del MTX, pero en dosis única, a razón de 50 mg/m<sup>2</sup> para el manejo médico del embarazo ectópico.<sup>14-15</sup>

Tang y cols; usaron en 11 pacientes metotrexato endovenoso con dosis inicial de 100 mg y posteriormente 200 mg, combinado con ácido folínico; Jermy y cols, realizaron un estudio prospectivo con metotrexato IM 50 mg/m<sup>2</sup> y una segunda dosis si no hay disminución de los niveles de  $\beta$ hCG en un 15% en el día séptimo comparado con los niveles del cuarto día.

El tratamiento conservador de embarazo ectópico temprano usando tratamiento médico solo o en asociación con procedimientos mínimamente invasivos ha sido ampliamente descrito como una estrategia eficaz. MTX es muy exitoso en edades gestacionales tempranas. Una disminución del 15% en el suero  $\beta$  HCG, entre los días 4 y 7, es un buen indicador del éxito del tratamiento con MTX.<sup>16</sup>

Los efectos secundarios más comunes son leves e incluyen náuseas, vómitos, estomatitis, diarrea, y pruebas de función hepática elevadas. Los efectos adversos raros pero graves incluyen nefrotoxicidad, neumonitis intersticial, y dermatitis alopecia.<sup>17</sup>

Varias publicaciones describen exitosa administración MTX o en combinación con métodos conservadores adyuvantes. MTX combinada con tales métodos tiene una tasa de éxito de casi el 90%. La administración sistémica de MTX en dosis múltiples ha sido descrito como uno de los métodos de tratamiento de la CP, recomendando su uso en casos de fetos baja edad gestacional y en ausencia de la viabilidad fetal. De acuerdo con la literatura más reciente, tratamiento con MTX (sistémica o local, o ambos) tiene tasas de éxito de 92,7% para el tratamiento de múltiples dosis y 88,1% para el tratamiento de dosis única, respectivamente.<sup>18</sup>

En algunos casos, legrado fue utilizado como tratamiento complementario en combinación con MTX. El principal problema de legrado es que, al ser un método ciego, puede causar daños a la estructura de cuello de útero, y hay es un alto riesgo de hemorragia incontrolable; por lo tanto, rara vez se realiza.

Históricamente, los embarazos cervicales eran difíciles de diagnosticar y se identificaron en edades gestacionales más tarde. Debido a la vascularización profusa y un fuerte flujo de sangre del tejido cervical, por lo que este tipo de embarazo se asocia a menudo con hemorragia masiva, lo que condujo a menudo a complicaciones que amenazan la vida y la histerectomía de emergencia hizo necesario.

El diagnóstico precoz se asocia con la disminución de la morbilidad, una vez que las opciones de tratamiento son capaces de preservar el útero y la posterior fertilidad. Y según la literatura, no existe consenso para el tratamiento.<sup>19</sup>

La histeroscopia se realiza con el fin de eliminar completamente el saco gestacional y prevenir la retención del tejido, que puede causar complicaciones graves como persistente sangrado, también debido a la necrosis del cuello del útero atónico, y la

infección, es decir, el tejido residual puede ser un cultivo medio para otras infecciones.

El enfoque histeroscópica es una, más rápido, y la técnica más precisa más seguro en comparación con otros métodos, como el legrado, ya que la visualización directa proporciona una resección precisa y la coagulación del tejido ectópico, lograr la erradicación completa con sangrado mínimo.

Histerectomía se basa en la extirpación del Útero, ya sea parcial o totalmente. A veces se extirpan también las trompas de Falopio e incluso los ovarios

- Histerectomía subtotal: en esta se extirpa el Útero pero cuello uterino, ovarios y trompas de Falopio quedan intactos.

- Histerectomía total: Útero y cuello uterino son extirpados pero se dejan ovarios y trompas de Falopio.

- Histerectomía radical: se extirpan Útero, cuello uterino, ovarios trompas de Falopio y los nodos linfáticos de la pelvis.

La histerectomía a lo largo de la historia, hace referencia a la primera histerectomía vaginal que fue realizada por Conrad Langenbeck en 1813, Walter Burnham fue quien realizó la primera histerectomía subtotal abdominal en 1853 y 10 años más tarde Clay y Koeberle realizaron la primera histerectomía abdominal. Con la llegada de la técnica laparoscópica descrita por Reich se reanudó la discusión acerca de la mejor vía de abordaje, cuestionando las preferencias tradicionales: vaginal y abdominal. La primera histerectomía laparoscópica fue llevada a cabo por Harry Reich en 1988. La Histerectomía fue desarrollada a fines del siglo XVIII para facilitar la supervivencia de las mujeres después de haber sido sometidas a una cesárea.

#### Tipos de abordaje

Actualmente se puede abordar la Histerectomía con un mayor número de opciones, cada una de ellas con diferentes ventajas y limitaciones. La elección de una u otra dependerá de las cirugías previas, características de la mujer, tamaño y movilidad del útero y de la morbilidad asociada. Debido al daño que pueden sufrir tanto nervios como estructuras de soporte, la técnica más adecuada será aquella que permita preservar indemne el suelo pélvico. Tradicionalmente la más usada ha sido la vía

abdominal, sin embargo la gran mayoría de las Histerectomía Abdominal pueden evitarse por el abordaje laparoscópico, incluidos los casos con adherencias abdomino-pélvicas, tumores anexiales y endometriosis. La Histerectomía Vaginal ha sido una alternativa útil a la Histerectomía Abdominal, por suponer una recuperación más rápida de la paciente, mínimo trauma quirúrgico, menor dolor posoperatorio y, asimismo, menor tasa de infecciones.

**HISTERECTOMÍA TOTAL Y SUBTOTAL.-** Según la morbilidad operatoria la idea tradicional es que la Histerectomía Sub Total (HST) tiene menos complicaciones operatorias que la Histerectomía Total. Pero esa idea se basa en estudios antiguos, generalmente de tipo retrospectivo y no controlados ni randomizados, de una época en la que la tecnología quirúrgica era de muy inferior calidad. En los últimos años son escasas las publicaciones sobre este aspecto, quizás porque se hacían pocas hasta ahora, y las pocas que se hacían se indicaban en pacientes con mayor dificultad técnica o con enfermedades asociadas severas, difícilmente comparables con la gran mayoría de pacientes sometidas a Histerectomía Total por patología benigna. Hay mucha más bibliografía reciente sobre las histerectomías laparoscópicas que sobre las de cirugía abierta. Entre los pocos estudios recientes destaca el de Scott , que emplea la moderna metodología del análisis de decisión a una revisión bibliográfica del MEDLINE, un método que se utiliza para predecir los resultados potenciales de diferentes opciones terapéuticas cuando se basan en datos inciertos en los que no es posible aplicar sin error estadístico la metodología del meta análisis.

Con ese método los autores no encuentran evidencias de suficiente calidad y fuerza que demuestran ventajas de la Histerectomía sub total en cuanto al riesgo de mortalidad quirúrgica ni de complicaciones como la hemorragia y la infección operatoria o las lesiones quirúrgicas de órganos vecinos al útero. En la histerectomía por hemorragia en el parto o puerperio, no se observaron diferencias entre las complicaciones de ambas histerectomías.

La histerectomía subtotal ha sido aconsejada para reducir los tiempos quirúrgicos y la pérdida sanguínea. Dejar el cuello aparece como una buena opción cuando el sangrado ya está controlado y los tiempos quirúrgicos y la pérdida sanguínea han sido importantes.<sup>20</sup>

La ventaja de la histerectomía sea de cualquier tipo es de tratar directamente el origen del sangrado pero la desventaja es la extracción del útero en una paciente con deseos de fertilidad. La histerectomía postparto puede ser total o subtotal.

Si hay sangrado incontrolable luego de un parto vaginal la velocidad es esencial. Es la modalidad de tratamiento quirúrgico más utilizada ante una hemorragia masiva. Debido a que este procedimiento se realiza habitualmente con sangrado activo, es importante clampear, seccionar y ligar rápidamente los pedículos debajo del nivel de las arterias uterinas; para evitar dañar los uréteres, las arterias uterinas deberían ser ligadas no muy cerca del segmento uterino inferior y luego realizar sucesivas pequeñas tomas, una dentro de la otra, en el espesor del ligamento cardinal y el útero-sacro. Este procedimiento no permite conservar la fertilidad de la paciente, pero se logra conservar la vida de la paciente.



#### 4.7 CARACTERIZACIÓN DE LAS OPORTUNIDADES DE MEJORA

<b>OPORTUNIDADES DE MEJORA</b>	<b>ACCIONES DE MEJORA</b>	<b>FECHA DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>FORMA DE ACOMPAÑAMIENTO</b>
Replantear a los nuevos médicos la importancia de realizar una historia clínica completa y detallada	Acentuar prácticas semiológicas de pregrado.	Largo plazo	Docencia universitaria	Valoración.
Seguimiento oportuno a mujer en edad reproductiva.	Visitas domiciliarias. Educar a la paciente la importancia de la planificación familiar.	A largo plazo	MSP Médicos Centros de Salud	TAPS, Médicos. Obstetricas.
Concientizar a la población rural sobre el Sistema Nacional de Salud	Charlas y capacitaciones en grupos	A mediano y largo plazo	MSP Médicos Centros de Salud	Valoración y estadísticas por personal capacitado del MSP.
Mejorar el grado cultural de la población	Capacitación	A largo plazo	MSP Personal de salud	Valoraciones Periódicas

Referencia Oportuna y de manera adecuada.	Equipamiento para referencias adecuadas.	A mediano y largo plazo	MSP Autoridades	Presencia de personal Paramédico.
Manejo integral de una paciente con embarazo ectópico cervical.	Cumplimiento de protocolos clínicos y de laboratorio	A mediano y largo plazo	MSP MédicosEsp. Médicos Residentes Obstetras Lic. Enfermería IRM	Profesionales de segundo nivel de atención de salud

## 5 CONCLUSIONES

- La Historia clínica y detallada servirá para guiarnos a un cuadro clínico con el cual llegaremos a un diagnóstico más preciso.
- Es importante en el campo gineco-obstétrico el examen mediante el espejo vaginal, pues nos permite inspeccionar al aparato reproductor femenino obteniendo una valiosa oportunidad de diagnóstico.
- Es valioso fomentar en la comunidad el chequeo y control gineco-obstétrico para prevenir consecuencias de morbi-mortalidad en este campo.
- Será indispensable la referencia a un Segundo o Tercer Nivel de Salud a tiempo, para poder ayudar al paciente a una mejor atención y a prevenir complicaciones, este deberá ser en las unidades móviles adecuadas acompañadas de personal capacitado en salud, para asistir a la paciente y las complicaciones que pueda presentar su estado de salud durante la transferencia.
- El embarazo cervical es una inhabitual forma de presentación del embarazo ectópico, y se asocia a una significativa morbilidad e importante compromiso de la fertilidad de la paciente.
- La histerectomía es una opción de tratamiento, que ante una hemorragia activa, podremos salvar la vida de la paciente.

## 6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### 6.1 CITAS BIBLIOGRÁFICAS

JOSHUA H. Barash, MD; EDWARD M. BUCHANAN, MD; y Christina Hillson, MD Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania. Embarazo Ectópico 2014. [citado 15 October 2017](1)

KumarN,Agrawal S, Das V, Agrawal A.J Clin Diagn Res.Cervical Pregnancy Masquerading as an Incomplete Abortion- A Learning Lesson. 2017 [citado 20 julio2017](3)

Maged Hosni M, Herath R, Rashid M. Diagnostic and Therapeutic Dilemmas of cervical ectopic pregnancy. Obstetrical and Gynecological Survey 2014. [citado 30 Septiembre 2017](11)

Norwitz, Errol R., Schorge, John O. Obstetrics and Gynecology at a Glance . Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated; 2013. [cited 2017 25 julio].(5)

Orellana J. Embarazo ectópico complicaciones y factores de riesgo Hospital Matilde Hidalgo de Procel año 2013 – 2015.[citado 30 Septiembre 2017](7)

Sagiv R, Debby A, Feit H, Cohen-Sacher B, Keidar R, Golan A. El nivel sérico de corte óptimo de la gonadotropina coriónica humana para la eficacia del tratamiento con metotrexato en mujeres con embarazo extrauterino. 2014. [citado 28 Octubre 2017](13)

Sama,SK. Rathod, SJ .Nat Sci Biol Me. Cervical ectopic pregnancy. [citado 30 Septiembre 2017] (15)

Samal S, Ghose S, Pallavee P, Porkkodi P.J Clin Diagn Res) El manejo exitoso de Live cervical embarazo ectópico. 2015. [citado 18 julio 2017] (20)

Tabandeh A, Besharat M.Electron Physician. Fever after Cervical Ectopic Pregnancy . [citado 30 agosto 2017](12)

Valera C. Sánchez Y. González L. Fernández R. Diagnóstico del embarazo ectópico. AMC.2013. [citado 28 October 2017] (14)

Valladares B. Castillo J. Solórzano S. Cervical Pregnancy: Case Report Literature Review 2013. [citado 28 Octubre 2017] (8)

World Health Organization, editor. Monitoring Emergency Obstetric Care. Albany: World Health Organization; 2015. [citado 2017 25 julio]. (9)

Zhou, Q. Young, D. Vingan,H.Radiol Caso Rep . Embolización de la arteria uterina para cervical embarazo ectópico. 2015 [citado 15 julio 2017](10)

## **6.2 BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

Norwitz, Errol R., Schorge, John O.. Obstetrics and Gynecology at a Glance . Hoboken: John Wiley & Sons, Incorporated; 2013. [citado 2017 25 julio]. **Springer.** (4)

Pier, A. Kazanjian, L. Gillette, K. Strenge y R. Burney, «Effect of cigarette smoking on human oviductal ciliation and ciliogenesis.,» Fertility and Sterility, vol. 99, nº 1, pp. 199-205, 2013. [Internet].2017 [citado 01 Noviembre 2017] **Pro-Quest** (18)

Spiezio, A. Vieira, M. Chiofalo, B. Vitale SG, Hysteroscopic Resection for Cervical Pregnancy: A Cutting-Edge Approach for an Uncommon Condition. *Eurasian J Med.* [Internet]. 2017 [citado 20 julio 2017] **Pro-Quest.** (19)

Woodruff, Tracey J., Janssen, Sarah J., Guillette, Jr, Louis J., editors. *Environmental Impacts on Reproductive Health and Fertility* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2013. [citado 25 julio 2017]. **Springer.** (17)

Zambrano, N. Reilly, J. Moretti, N. Publishing Corporation Case Reports in Obstetrics and Gynecology Volume [Internet]. 2017. [citado 15 julio 2017] **Springer.**(16)

## 7 ANEXOS

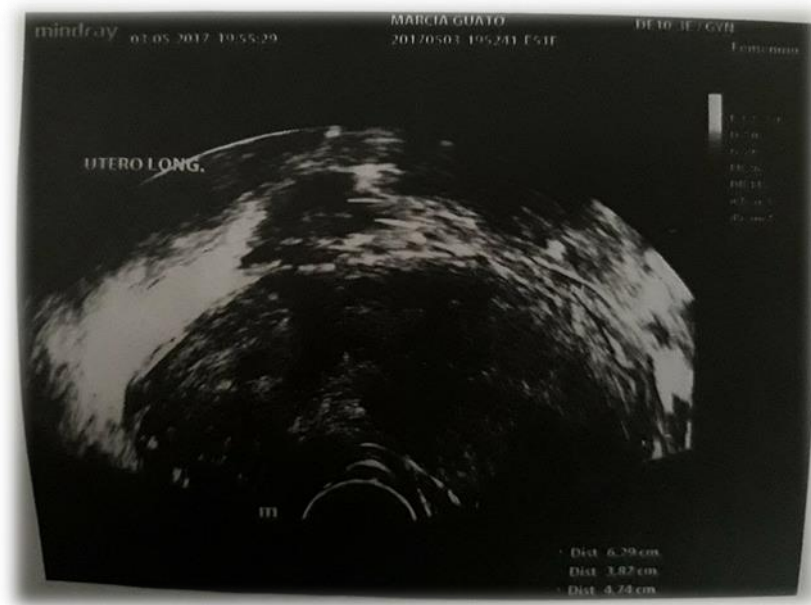
### ANEXO.1 Eco Pélvico (3-05-2017)

Útero en ante-versión de contornos regulares mide long. 10.1cm, espesor 4.7cm, transverso 5.6cm. En cavidad endometrial se advierte contenido de predominio ecogénico en poca cantidad. Un volumen aproximado entre 5cc-10cc localizado en fondo y cuerpo, en relación con restos. Cérvix entreabierto. Douglas libre.



FUENTE: HGDA - SERVICIO IMAGENIOLOGIA

ANEXO.2 Eco Pélvico (3-05-2017)



FUENTE: HGDA - SERVICIO IMAGENIOLOGIA



ANEXO 3.- Útero 8x6x5cm



FUENTE: HGDA – CENTRO OBSTÉTRICO

ANEXO 4.- Embarazo ectópico cervical.



FUENTE: HGDA –CENTRO OBSTÉTRICO