



UNR17  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

ISSSTE

INCIDENCIA DEL EMBARAZO CERVICAL  
EN EL HOSPITAL REGIONAL  
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

DR. JUAN JOSÉ JIMÉNEZ ROJAS

MÉXICO, D.F.

1995





## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



80

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

**ISSSTE**

**INCIDENCIA DEL EMBARAZO CERVICAL  
EN EL HOSPITAL REGIONAL  
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"**

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**ESPECIALIDAD EN  
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA

**DR. JUAN JOSÉ JIMÉNEZ ROJAS**

MÉXICO, D.F.

1995



DEDICACION MUY ESPECIAL

A MIS PADRES : JORGE Y ELBA  
MIL GRACIAS POR EL APOYO INCONDICIONAL Y CONFIANZA  
DEPOSITADA EN MI  
QUE DIOS LOS BENDIGA SIEMPRE...

A MIS HERMANOS: JORGE, JAIRO Y ZAIDA.  
CON AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A MIS MAESTROS

POR SU ENSEANZA.

CON ESPECIAL AGRADECIMIENTO A LA DRA. MARIE E. RAYMONDE  
CAJUSTE B. POR SU COLABORACION COMO ASESOR DE MI TESIS.

CON ESPECIAL AGRADECIMIENTO TAMBIEN:

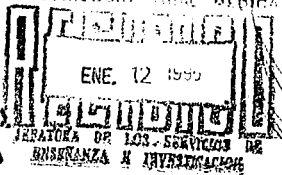
DR. RICARDO VAN PRATT MARQUEZ. MI ASESOR DE GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA

DR. RAMON CARPIO SOLIS. MI JEFE DE ENSEANZA

! A MIS COMPANEROS Y AMIGOS !

A TI QUE COMO ROCIO  
LLEGASTE UNA MANANA Y  
COMO UN SOL ILUMINASTE MI VIDA.

INVIERNO DEL 94.



*[Signature]*  
DR. RICARDO E. VAN PRATT MARQUEZ  
TITULAR Y COORDINADOR DEL SERVICIO  
DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

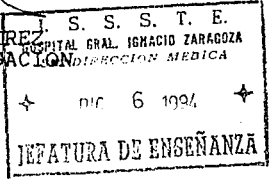
*[Signature]*  
DR. RAMON CARPIO SOLIS  
JEFE DE ENSEÑANZA, PROFESOR ADJUNTO  
DEL CURSO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
COORDINADOR DE TESIS

*[Signature]*  
DRA. MARIE E. RAYMONDE CAJUSTE BONTEMPS  
COORDINADOR DE SALUD REPRODUCTIVA DEL  
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
ASESOR DE TESIS

*[Signature]*  
DR. JORGE NEGRETE CORONA  
COORDINADOR DE CAPACITACION  
INVESTIGACION Y DESARROLLO



*[Signature]*  
DR. JUAN MANUEL BARRERA RAMIREZ  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



## INDICE

INTRODUCCION.....	01
HISTORIA.....	07
FRECUENCIA.....	10
HISTOPATOLOGIA.....	13
DIAGNOSTICO DE EMBARAZO CERVICAL.....	14
HIPOTESIS.....	16
JUSTIFICACION.....	17
MATERIALES Y METODOS.....	18
RESULTADOS.....	19
ANEXOS.....	22
COMENTARIO.....	38
CONCLUSIONES.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	42

## INTRODUCCION

La descripción del embarazo cervical es a consecuencia de la implantación del blastocisto, directamente sobre la mucosa cervical. Lo anterior no incluye la definición del embarazo istmico cervical, puesto que la evolución clínica de este es por completo muy distinta, pudiéndose llegar a la culminación del embarazo.

El embarazo cervical es una de las patologías extremadamente raras y asociándose esta a una morbilidad muy elevada; desconociéndose en sí su etiología.

Studdiford en el año de 1945, nos dio la planteación sobre la posibilidad de que se puede tratar de un transporte rápido del óvulo fecundado, hasta el canal ó en su caso del orificio cervical, debido a una alteración anatómica fisiológica, ya sea en el tejido uterino y cervical, llegándose a alcanzar allí su capacidad de nidación.

Actualmente se sabe que la implantación del embrión requiere de una sincronía mucho más precisa entre la etapa del desarrollo del huevo y

el endometrio; siendo que las investigaciones se están estudiando con mayor número y con mayor claridad en los animales. En la rata, la implantación del embrión es acompañada de una transformación del tejido endometrial adyacente en el tejido decidual, este tipo de procedimiento se refiere como una sensibilización transitoria del endometrio; después de este período el endometrio pierde en gran parte su capacidad de decidualizarse en respuesta al blastocisto, y por lo tanto al transcurrir cierto tiempo el medio uterino se vuelve más hostil para el blastocisto no implantado.

En los humanos es aceptado que en ocasiones pueden llegar a producir retrasos anormales en la implantación; aún más en caso de menstruación presente, la nidación es imposible. Resulta incierto si en estos casos el blastocisto encuentra un medio mucho más apto en la mucosa cervical para implantarse allí.

Ghinagawa y Nagayama en el año de 1969, encontraron una gran relación entre el aborto inducido y la alta incidencia con el embarazo



cervical en Japón, tomándose 1 por cada 10,000 embarazos; llegándose a estimar que es probable que la dilatación y el legrado uterino y de la región cervical pueden tener importancia en la etiología del embarazo cervical.

También la esterilidad en algunos casos dados en la mujer se deben a la imposibilidad de producirse la implantación, ya sea por alteraciones del huevo que son dadas por la anormalidad de la fecundación y la segmentación, por un estado defectuoso de la mucosa uterina, o por endometriosis, secuelas de las infecciones que dejan lugar a cicatrización; o bien a consecuencia de trastornos hormonales y/o de tipo metabólico.

En sí su etiología solo puede ser especulada de manera individualizada, presumiéndose cada vez más controversias, al tenerse un mayor número de casos reportados y acumulados.

En algunos casos de las pacientes con embarazo cervical posiblemente los antecedentes de endometriosis o de las secuelas cicatriziales de distintos orígenes pudieran tener relevancia en la

determinación de su etiología.

cuando se menciona algo relacionado sobre el embarazo cervical los autores estiman los conceptos de la publicación de Studdiford dada en 1945, Sir Everard Home en 1817, describió el primer reporte conocido como de una implantación baja de un óvulo fecundado. En el año de 1860 Rokitansky dio el término de embarazo cervical a la descripción de un caso.

Wayerman en el año de 1989 informó sobre un caso con embarazo cervical secundario a la fertilización "in vitro" y transferencia de embriones dada en una paciente nulípara con el antecedente de embarazo tubario izquierdo con solpigoferectomía izquierda y adherencias tubáricas del lado derecho.

La mayor parte de los autores coinciden en que la instrumentación puede dañar la capa endotelial y resultar posteriormente una implantación cervical. Se desconoce de muchos casos con patologías diferentes en las pacientes tales como fibromas, endometrio atrófico, fibrosis cervical uterina, y útero septado o tabicado en

algunas situaciones tales como implantación de placenta baja o previa, el papel de cesáreas previas, cirugías uterinas, la utilización del dispositivo intrauterino (DIU), también el uso de anticonceptivos orales en endometrios no aptos para la nidación debiéndose de tomarse en consideración para su análisis.

Uno de los aspectos importantes en el que no se hace énfasis es la endometritis crónica, como factor etiológico. La cavidad endometrial contiene abundantes productos celulares de eliminación con cada período menstrual y por consiguiente cualquier interferencia en su eliminación condiciona un proceso inflamatorio crónico.

Los leiomiomas pueden llegar a comprimir la cavidad uterina así como los pólipos endometriales y/o cervicales, cicatrices cervicales que pueden obstruir el flujo del útero.

En el caso del dispositivo intrauterino (DIU) el papel de la infección no está del todo claro. La inserción es seguida de cultivos endometriales que son positivos durante la

reacción inflamatoria aguda durante la primera semana, pero a los 30 días los cultivos son negativos, aunque lleguen a persistir células plásmáticas de infiltración en el estroma.

Glándulas endócrinas u órganos blancos como la hipófisis, tiroides, mama, glándulas adrenales y en su caso la próstata pueden mostrarnos inflamación crónica como consecuencia de un equilibrio endócrino y reacciones autoinmunes, pareciendo ser semejantes para el endometrio.

Se desconoce por el momento si estos factores pueden dar alteración en la implantación a nivel endometrial y favorecer su implantación cervical; requiriéndose de mayores estudios para la búsqueda de las posibles causas para prevenir la aparición de esta patología poco frecuente, más sin embargo nos da la pauta para enfocar nuestra atención merecida por sus complicaciones trascendentales.

## HISTORIA

Refiriéndose de los antecedentes escritos sobre el embarazo cervical, la mayoría de los autores se refieren a la publicación clásica dada por Studdiford en el año de 1945; sin embargo el primer caso que se reportó en la literatura se diagnostico post-mortem por Sir Everard Home en el año de 1817, como implantación baja de un óvulo fecundado; seguidamente en el año de 1860 el patólogo vienes Rokitansky el cual se le dio el crédito de ser el primero en introducir el término de embarazo cervical, por la descripción de su caso, sin corresponder con el concepto de embarazo cervical actual debido a que no llena los criterios histopatológicos.

Tarnier reportó el primer caso comprobado en el año de 1887; Rubin en el año de 1911, fue el primero en fijar los criterios histopatológicos para el embarazo cervical, correspondiéndose a: 1.- Las glándulas cervicales deben de estar presentes en el sitio de la implantación de la placenta. 2.- la implantación de la placenta en el cérvix debe ser íntima.

3.- La placenta debe de estar por debajo de los vasos uterinos, o bien debajo de la reflexión peritoneal anterior o posterior del útero. 4.- los elementos fetales no deben de estar presentes en la cavidad uterina; los cuales son aún válidos en la actualidad; sin embargo los conceptos clínicos fueron establecidos por Paalman y McElin en 1959.

Schnerider en 1946, reportó el primer caso en correlación anatomopatológica; donde tomó en consideración: a) la nidación puede ser primaria en la mucosa endocervical, con extensión hacia arriba del epitelio ístmico, o bien hacia abajo. Sin embargo, sea en una forma u otra la mayor parte de la placenta debe estar en contacto con el epitelio del endocérvix, más aún en los embarazos avanzados. b) la unión placenta-cérvix es difícil aseverar, dado que algunos casos que se intento separarla, estos se hizo con facilidad y sin provocar hemorragia. Estableció 3 tipos de embarazo cervical que son: 1.- embarazo cervical verdadero, el punto de nidación y placentación esta confinado a cérvix. 2.- El embarazo ístmico-cervical, en el cual la placenta se extiende hacia

arriba del epitelio del istmo. 3.-El embarazo istmico endometrial, en el cual la placenta esta en contacto con los 3 niveles del epitelio.

Kobayashi en el año de 1969 propuso el diagnostico de ultrasonido.

## FRECUENCIA

Realmente son muy pocos los informes presentados sobre embarazo cervical en la literatura a nivel mundial, estableciéndose de uno por cada 100.000 habitantes, sin embargo en la literatura inglesa están documentados 38 embarazos cervicales de 1968 a 1978; pero por su rareza la incidencia informada es variable.

En el año de 1970 un estudio realizado de 56.700 pacientes con eventos obstétricos durante 20 años solo se encontró un embarazo cervical. En el año de 1966 Dees nos comunicó de una incidencia de 1 presentado en 10.000 embarazos.

Los señores Shinagawa y Nagayama encontraron una frecuencia de 1 por cada 10.000 embarazos cervicales presentados en Tokio, Japón en 1969. En 1979 Gitstein, en Israel nos da una frecuencia de 1 por cada 7.040 eventos obstétricos; en 1983, Parente en New York, EU, nos da una frecuencia de 1 por cada 2.000 procedimientos obstétricos; y en México en 1985, Sangines nos reporta de 1 por cada 1.800 eventos obstétricos (Tabla 1).



TABLA I

AÑO	AUTOR	LOCALIDAD	FRECUENCIA
1963	Sheldon	Minnesota, E.U.	1: 16,000
1966	Dees	N.Y., E.U.	1: 10,000
1969	Shinagawa/Nagayama	Tokio, Japón	1: 10,000
1979	Gitstein	Israel	1: 7,040
1983	Parente	N.Y., E.U.	1: 2,000
1985	Sanguines	México	1: 1,800

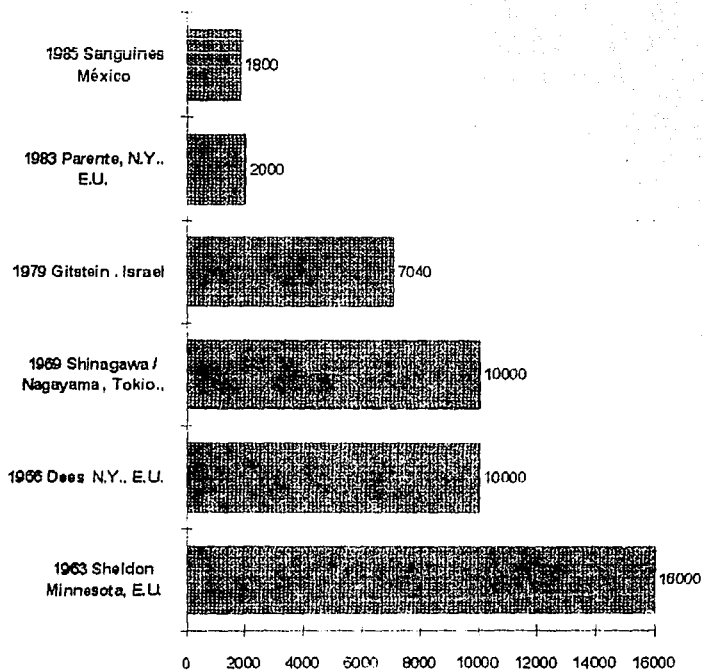


FIGURA No. 1

## HISTOPATOLOGIA

El criterio patológico para el diagnóstico fue establecido por Rubin desde 1911. En la pieza quirúrgica enviada para estudio histopatológico deben observarse las glándulas cervicales opuestas a la implantación placentaria. la adhesión de la placenta a el cérvix debe de ser íntima y estar situada por debajo de la entrada de los vasos uterinos o por abajo de la reflexión peritoneal de la superficie anterior y posterior del útero, y no deben de estar presentes ninguna de las partes fetales en el cuerpo uterino.

## DIAGNOSTICO DE EMBARAZO CERVICAL

Los conceptos clínicos de embarazo cervical propuestos por Paalman y McElin en el año de 1959; incluyen los siguientes puntos para el diagnóstico: 1.- debe de haber amenorrea seguida de sangrado uterino sin dolor secundario a contracciones uterinas; 2.-Crecimiento desproporcionado del cérvix en correlación al cuerpo uterino. 3.-Los productos de la concepción deberán estar confinados dentro del cérvix y firmemente adheridos a él. 4.- El orificio interno deberá estar cerrado mientras que el orificio interno del cérvix puede estar parcialmente abierto. El embarazo cervical deberá de diferenciarse del aborto incompleto y de otras patologías como el mioma cervical con degeneración, tumores trofoblásticos, tumores malignos del cuello uterino y con placenta previa.

En el aborto el cuerpo uterino deberá estar aumentado de tamaño, ambos orificios están dilatados o el orificio externo esta cerrado y el

tejido placentario está adherido a la pared uterina por arriba del orificio interno.

Más sin embargo el preciso concepto clínico para establecer el diagnóstico sigue siendo muy difícil.

## HIPOTESIS

Es muy poca la atención del embarazo cervical en la literatura a nivel mundial, como la presentada por los libros de textos, donde solo en contadas ocasiones se encuentran pequeños párrafos y/o referencias.

La mayoría de los obstetras nunca verán un embarazo cervical, y la minoría que se ha topado con el desearía no haberlo hecho nunca.

Nuestro estudio nos demostrará que no hay similitud con las estadísticas a nivel mundial, donde se aprecia un incremento importante de este tipo de ectopía.

## JUSTIFICACION

Debido a que la incidencia reportada de embarazos cervicales a nivel mundial es baja; es importante hacer notar que a consecuencia del incremento de los factores de riesgo hoy en día, la frecuencia de esta patología se ha visto aumentada en nuestra unidad hospitalaria.

Indudablemente las implicaciones clínicas que condiciona dicha entidad nosológica obliga al médico obstetra a adoptar medidas preventivas y de tratamiento en el control de esta patología una vez detectada.

Por consiguiente conociéndose los factores etiológicos y desencadenantes de la misma patología es posible incidir de manera más efectiva en la disminución de la tasa de mortalidad materna y garantizar una mejor salud reproductiva a la población materna infantil.

## MATERIALES Y METODOS

Se revisaron 12,706 expedientes clínicos que incluían cesáreas, eutocias y laparotomías exploradoras por ectopías en el Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza", del periodo comprendido del 07 de marzo de 1992 al 15 de octubre de 1994.

Donde se analizaron los siguientes parámetros clínicos como son la edad materna el número de gestas, las infecciones previas, método de anticoncepción, cirugías previas como legrados, cesáreas y las semanas de gestación; también como la comprobación de cada uno de estos embarazos cervicales por medio de estudio anatomopatológico.

Los resultados serán reportados estadísticamente mediante el uso de medidas de porcentaje, tablas y figuras.



## RESULTADOS

En la revisión de 12,706 expedientes clínicos se encontraron un total de 85 embarazos ectópicos, distribuidos así: Intersticial 2 correspondiendo a un 2.36%, Istmico 14 representados por un 16.47%, Ampular 28 correspondiendo a un 32.94%, Fimbrial 35 representada por un 41.17%, y 6 embarazos cervicales correspondiendo a un 7.05%, corroborado estas 6 ectopías por un estudio anatomopatológico donde se incluyeron los criterios de Rubin establecidos en el año de 1911.

La edad materna donde se encontró mayor incidencia fue de 35 a 39 años, siendo de 3 pacientes representadas en el 50%.

El número de gestas en la media fue de 3 pacientes.

Las infecciones previas se presentaron en 5 de las 6 pacientes siendo estas de mayor número las salpingitis y que recibieron tratamiento, además de el reporte de endo y exocérvicitis crónicas de la pieza quirúrgica dado por el estudio de anatomía-patológica.

Dentro del uso del método de anticoncepción el de mayor utilización fue el dispositivo intrauterino en 4 de las 6 pacientes representándonos el 66.6%. Hubo una paciente con antecedente de salpingoclasia bilateral, en la otra no se reporta ningún método de anticoncepción.

En cuanto a las cirugías previas se reportan en 4 de las 6 pacientes, representando el 66.6%; donde se incluyen cesáreas y legrados uterinos instrumentales previos.

Los resultados en cuanto a las semanas de gestación fue de 12 en promedio.

Se diagnosticó solo un embarazo cervical dado por ultrasonido suprapúbico y correspondiendo así a un 16.6% este se diagnosticó buscándose en forma intensionada.

Se realizó ligadura de hipogástricas en el transoperatorio a dos de las seis pacientes correspondiendo a un 33.3%. Estas se realizaron debido a que se presentó un sangrado profuso en el transoperatorio, mejorando así la función hemodinámica.

Se presentó una muerte materna secundaria a una histerectomía total abdominal, asociado a un cuadro de Shock hipovolémico persistente. A pesar de recibir restitución sanguínea su estado general se deteriora en la unidad de cuidados intensivos a las 3 horas de su ingreso, falleciendo.

INCIDENCIA DEL EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

TABLA II  
EDAD

GRUPO DE EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
20-24	1	16.66
25-29	0	--
30-34	2	33.33
35-39	3	50.00
TOTAL	6	100.00

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

INCIDENCIA DEL EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

EDAD

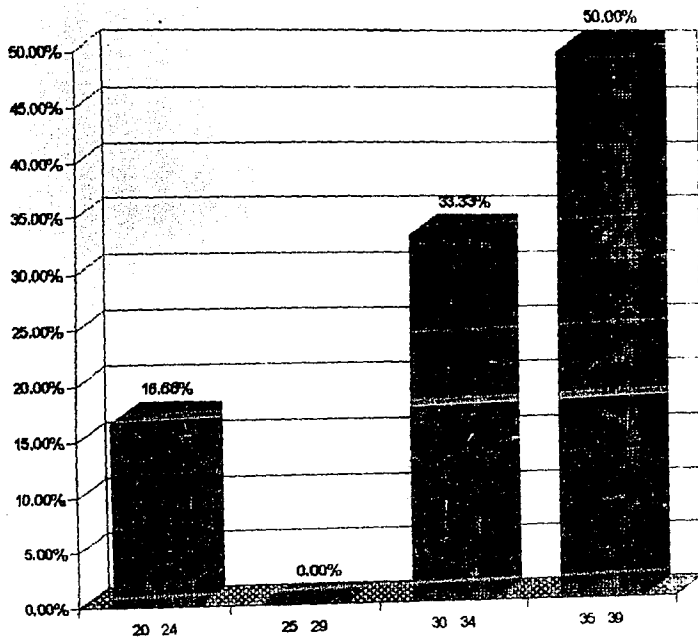


FIGURA No. 2

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

INCIDENCIA DEL EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"  
METODO DE ANTICONCEPCIÓN

TABLA III

	OTB	DIU	SIN METODO
No. DE PACIENTES	1	4	1

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO  
ZARAGOZA"

INCIDENCIA DEL EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
"GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

METODO DE ANTICONCEPCIÓN.

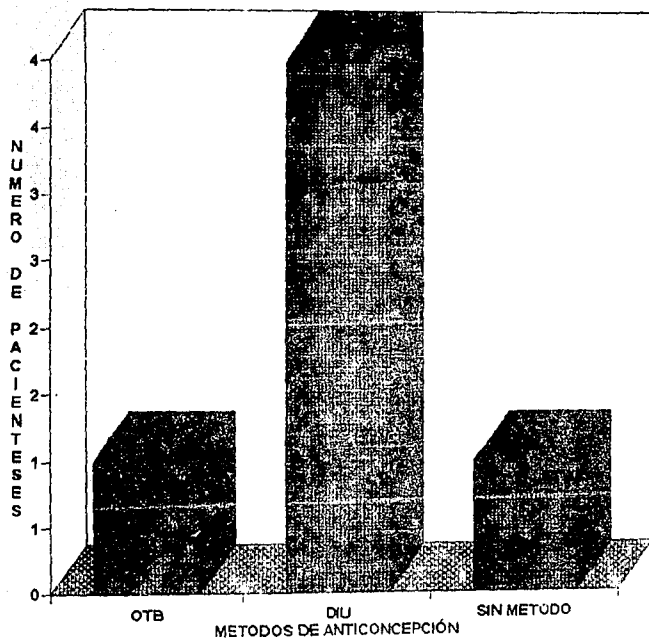
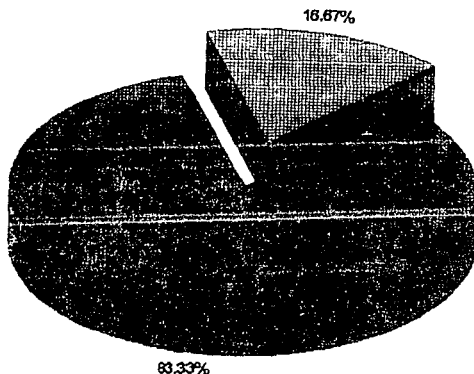


FIGURA No. 3

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

INCIDENCIA DEL EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

INFECCIONES PREVIAS.



■ CON INFECCIONES PREVIAS ▨ SIN INFECCIONES PREVIAS

FIGURA No. 4

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO  
ZARAGOZA"



INCIDENCIA DEL EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

EN CUANTO A NUMERO DE GESTAS

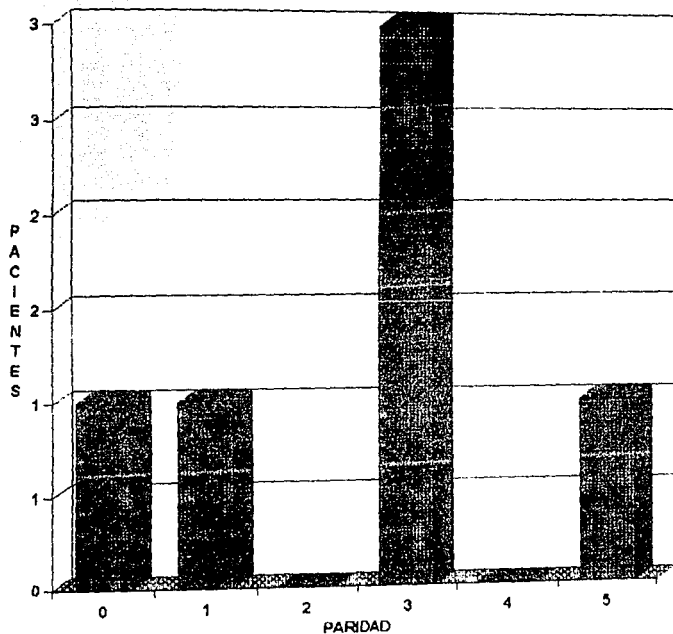


FIGURA No. 5

FUENTE: ARCHIVO DE HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO  
ZARAGOZA"

INCIDENCIA DEL EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

LEGRADOS PREVIOS

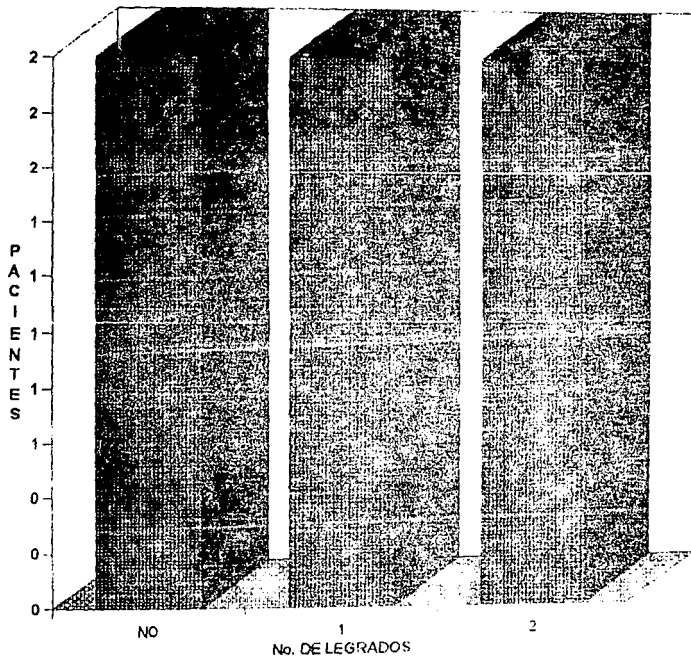
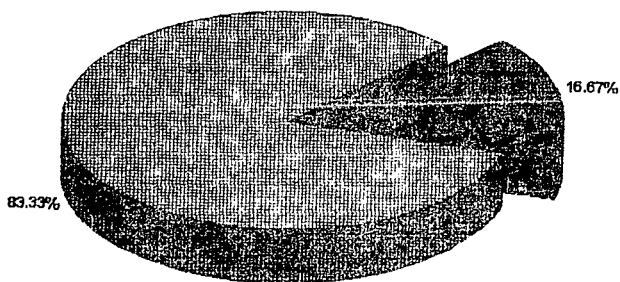


FIGURA No. 6

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO  
ZARAGOZA"

INCIDENCIA DEL EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

DIAGNOSTICO PREVIO REALIZADO POR USG SUPREPUBLICO



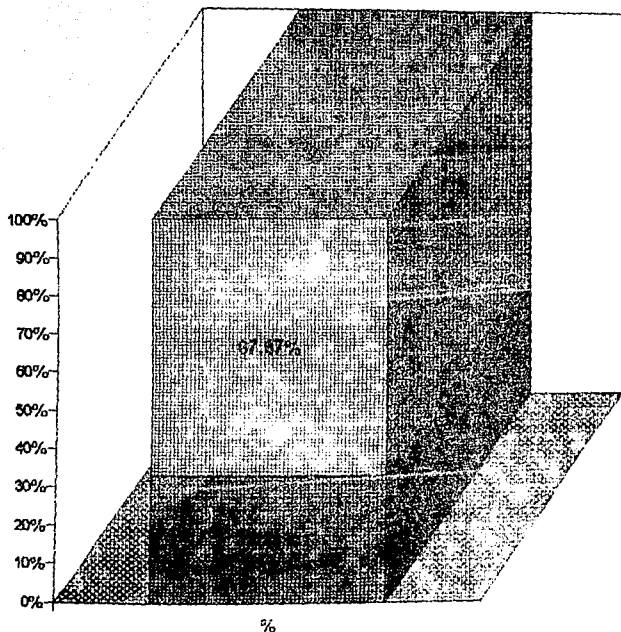
■ DIAGNOSTICO PREVIO POR USG   ■ NO SE DIAGNOSTICO

FIGURA No. 7

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO  
ZARAGOZA"

INCIDENCIA DEL EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA".

LIGADURA DE HIPOGASTRICAS EN TRANSOPERATORIO



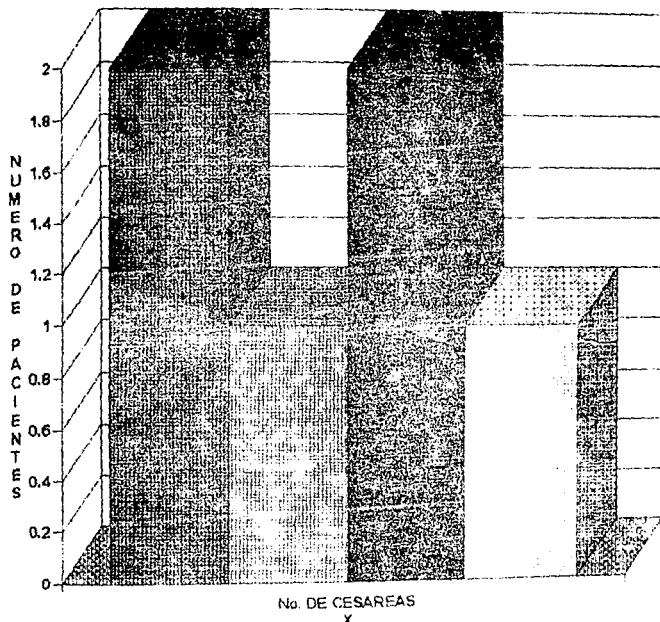
■ LIGADURA DE ARTERIAS HIPOGASTRICAS □ MANEJO CONSERVADOR

FIGURA No. 8

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO  
ZARAGOZA"

INCIDENCIA DEL EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

CESÁREAS PREVIAS



0 1 2 3

FIGURA No. 9

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO  
ZARAGOZA"

INCIDENCIA DE EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

SEMANAS DE GESTACIÓN

TABLA IV

No. DE SEMANAS	PACIENTES	PORCENTAJE
5 A 9	1	16.66
10 A 14	4	66.66
15 A 19	1	16.66
TOTAL	6	100.00

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO  
ZARAGOZA"

INCIDENCIA DE EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
 REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"  
 SEMANAS DE GESTACIÓN.

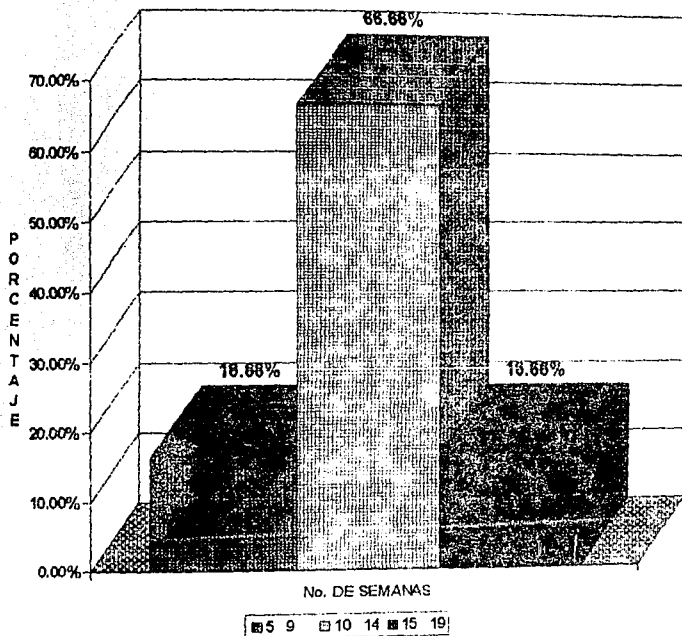


FIGURA No. 10

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

INCIDENCIA DE EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"  
PROCEDIMIENTOS OBSTETRICOS  
DEL 07 III 92 AL 15 X 94

TABLA V

EUTOCIAS	CESAREAS	ECTOPICOS	TOTAL
7933	4688	85	12706

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO  
ZARAGOZA"



INCIDENCIA DE EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

PROCEDIMIENTOS OBSTETRICOS

DEL 07 III 92 AL 15 X 94

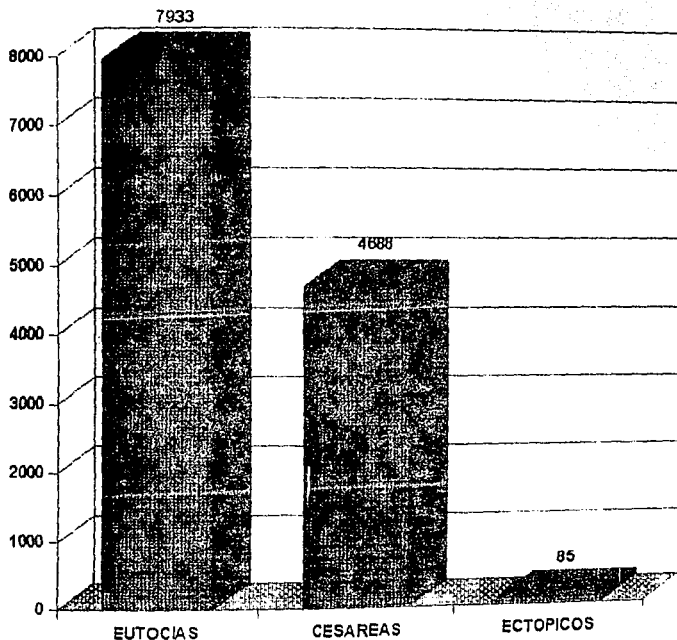


FIGURA No. 11

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

INCIDENCIA DE EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"  
EMBARAZOS ECTOPICOS  
DEL 07 III 92 AL 15 X 94

TABLA V

INTERSTICIAL	ISTMICO	AMPULAR	FIMBRIAL	CERVICAL	TOTAL
02	14	28	35	06	85
2.35%	16.47%	32.94%	41.17	7.05	100%

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO  
ZARAGOZA"

INCIDENCIA DE EMBARAZO CERVICAL EN EL HOSPITAL  
REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"  
EMBARAZOS ECTOPICOS  
DEL 07 III 92 AL 15 DE X 94

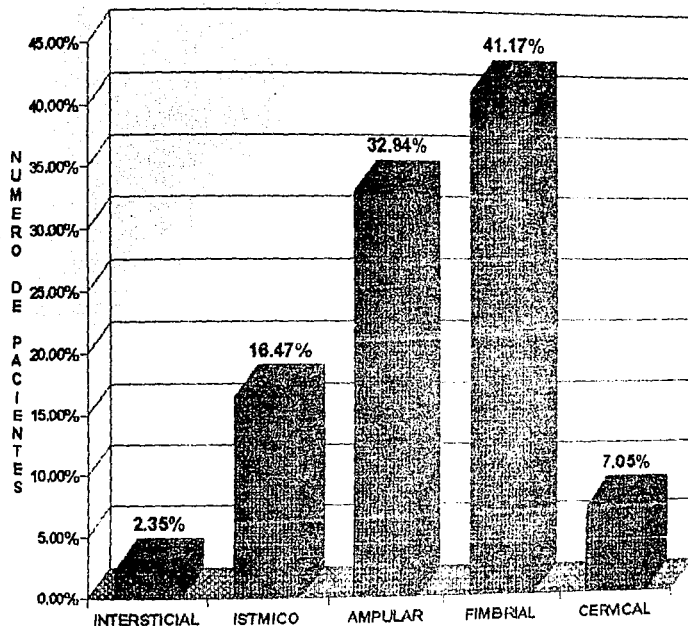


FIGURA No. 12

FUENTE: ARCHIVO DEL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"

## COMENTARIO

El embarazo cervical nos representa un porcentaje muy alto de mortalidad, estimada por Rubín en el año de 1911 en un 50%, pero sin embargo en la actualidad esta cifra ha disminuido de manera considerable debido a la realización de la histerectomía total abdominal. También por el uso del ultrasonido vaginal en etapas tempranas de la gestación ha hecho posible hacer el diagnóstico antes que se produzca la hemorragia vaginal que se observa al presentarse ruptura cervical secundario al embarazo, ó en su caso por el legrado uterino que en muchas ocasiones se hace por error, al sospecharse de que es un aborto incompleto ó sangrado uterino disfuncional; muchos autores coinciden en que se debe de hacer clínica antes que nada, pero si se afirma como Russel en 1992, que el USG vaginal es de gran ayuda.

Se coincide con la literatura a nivel mundial en el aspecto de que se debe realizar histerectomía total abdominal debido a su alta tasa de mortalidad; sin embargo se han descrito

casos de manejos conservadores como es el caso de una paciente que se detecta a las 5,5 semanas de gestación rehusándose al aborto por lo que se da un manejo expectante llevándose a la semana 38, realizandosele para la resolución del caso cesárea e histerectomía total abdominal.

Los procedimientos empleados en el tratamiento conservador varían desde la evacuación y taponamiento cervical, cerclaje, quimioterapia y catéter intracervical; estimándose un arma de doble corte debido a que cuando se presenta una hemorragia significativa ó severa la mayoría de las pacientes requieren de una atención inmediata de histerectomía total abdominal más sin embargo son puntos que se deben de tomar a consideración cuando se diagnostica el embarazo cervical.

La ligadura de las ramas descendentes de las arterias uterinas, ligadura de las arterias ilíacas internas y embolización preoperatoria de las arterias uterinas, el uso de agentes antineoplásicos como el Metrotexate y el Etoposide, son otras de las opciones ó distintos grados de éxitos para su tratamiento.

Sin embargo un tratamiento conservador esta indicado en los embarazos cervicales diagnosticados antes de la 8 semana de gestación. Después de esta etapa los embarazos cervicales se hacen de mayor riesgo, pero con manejos conservadores algunos autores lo han llevado a embarazos mayores con resultados satisfactorios.

El pronóstico de embarazo después de manejo conservador no se tiene muy bien evaluado. Hasta el momento solo 4 embarazos han sido reportados después de embarazo cervical en la literatura a nivel mundial.

No es de olvidarse los factores predisponentes de los embarazos cervicales, para poder ayudar a establecerse un diagnostico previo: como son las cirugías previas, legrados uterinos, infecciones previas repetitivas cervico-vaginales, al igual el uso de la aplicación del dispositivo intrauterino, demostrado en este estudio que la mayoría de las pacientes presentaron estos antecedentes.

## CONCLUSIÓN

El embarazo cervical se ha incrementado en esta población en gran parte debido al nivel socio-económico y una educación baja en nuestro medio. Por lo tanto se debe de encaminar a la promoción de medidas preventivas y educación para la salud a primer nivel.

Esto es detectar oportunamente las infecciones previas no tratadas o con mal manejo, factores quirúrgicos: para evitar la aparición de estas enfermedades.

Emplear recursos de laboratorio y gabinete, ultrasonido transvaginal; para ser detectada esta patología en sus fases iniciales.

El adiestramiento del médico Gineco-Obstetra en el procedimiento quirúrgico de las ligaduras de las arterias hipogástricas para prevenir una mayor hemorragia en este tipo de patología.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Adele L. Franks, Valerie Beral, Willard Cates Jr, And Carol J. R. Hogue. Contraception and ectopic pregnancy risk. Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 1120-3.
- 2.- Ahued AR, Sanguines MA, Okhuysen CK: Embarazo cervical y ovarico. Rev Med 1982; 2 : 39-42.
- 3.- Bernstein D, Holzinger M, Ovidia J, Frishman B. Conservative treatment of cervical pregnancy. Obstet Gynecol 1981;58:741-2.
- 4.- Goldstein S, Snyder Jr, Watson CA, Danon M. Combined sonographic-pathologic surveillance in elective first-trimester termination of pregnancy. Obstet Gynecol 1988; 71: 747-50.
- 5.- Kenneth A. Burry, Amy S. Thurmond, Thomas D. Suby-long et al. Transvaginal ultrasonographic Findings in surgically verified ectopic pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 1796-802.
- 6.- Kevin E. Bachus, Diane Stone, Bo Suh and David Thickman. Conservative Management of cervical pregnancy With subsequent fertility . Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 450-1.
- 7.- M. Riduan Joesoef, et al. Recurrence of



ectopic pregnancy: The role of salpingitis. Am J Obstet Gynecol 1991; 165: 46-50.

8.- Maurizio L. Maccato, Rolando estrada, and Sebastian Faro. Ectopic pregnancy with Undetectable serum and urine B-hCG levels and detection of B-hCG in the ectopic trophoblast by immunocytochemical avaluation. Obstet Gynecol 1993; 81: 878-80.

9.- Ory HW. Ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive devices: New perspectives. Obstet Gynecol 1981; 57: 137-44.

10.- Paalman RJ, McElin TW. Cervical pregnancy, review of the literature and presentation of cases. Am J Obstet Gynecol 1959; 77: 1261.

11.- Parente JT, Ou C-S, Levy J, Legatt E. cervical pregnancy analisis: A review and report of five cases. Obstet Gynecol 1983; 62: 79-82.

12.- Rubin JC. Cervical pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1911; 13: 625-29.

13.- Russel D, Jelsema and Laura Zuidema. First trimester Diagnosed cervico-Isthmic pregnancy resulting un term delivery. Obstet and Gynecol 1992; 80: 517-19.

- 14.- Serdio CJ, et al: Embarazo cervical: revisión de la literatura y comunicación de 2 casos Ginec Obstet Mex. 1987; 55: 323-28.
- 15.- Shepard Mk, Jones RB. Recovery of Chlamydia trachomatis from endometrial and fallopian tube biopsies in women with infertility of tubal origin. Fertil Steril 1989; 52: 232-238.
- 16.- Shinagawa S, Nagayama M. Cervical pregnancy as a posible sequela of indured abortion. Am J Obstet Gynecol 1969, 105: 282.
- 17.- Susan M. Iovel, Michael F. Meyerovitz, Carol C. Benson. Preoperative angiographic uterine artery embolization in the management of cervical pregnancy. Obstet Gynecol 1990; 76: 938.
- 18.- Studdiford WE. Cervical pregnancy. A partial review of the literature and a report of Two probable case. Am J Obstet Gynecol 1946; 49: 169.
- 19.- Taylor RN, Padula C, Goldsmith PC. Pitfall in the diagnosis ectopic pregnancy: immunocytochemical evaluation in a patient with false-negative serum B-hCG levels. Obstet Gynecol 1988; 71: 1035-1038.
- 20.- Wharton KR, Gore B. Cervical pregnancy

managed by placement of a Shirodkar cerclage  
before evacuation. J Reprod Med 1988; 33: 227-229