



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

TÍTULO:

ESTUDIO DE CASO: EMBARAZO ECTÓPICO ÍSTMICO- CERVICAL COMPLICADO
CON INCRETISMO PLACENTARIO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE
QUITO- ECUADOR.

LUGAR:

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS N° 1

AUTORA:

Eliana Marisol Villacrés Recalde¹

DIRECTOR DE DISERTACIÓN:

Dr. Luis Alberto Proaño Bonilla²

TUTOR METODOLÓGICO:

Dra. María L. Carrasco G.³

¹ Egresada del Postgrado de Ginecología y Obstetricia de la PUCE, Celular: 0962695108, email:

elimarvire@yahoo.es

² Especialista en Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas, Docente de la PUCE

³ Médico Patóloga Clínica – Salubrista, Docente de la PUCE

1 RESUMEN

El embarazo ectópico ístmico cervical es extremadamente raro, representa menos del 1% de todos los embarazos ectópicos, la etiología no es muy conocida debido a los pocos casos descritos hasta el momento, pero se puede tomar como causa alteraciones del endometrio secundarias a procedimientos previos como cesárea, procedimientos intrauterinos, inclusive fertilización in vitro.

Por la baja frecuencia y rareza de la patología se realizó un estudio de caso, el que trata acerca de una paciente de 24 años, con antecedentes de dos cesáreas anteriores, con amenorrea de 9 semanas acompañado de dolor abdominal más sangrado transvaginal, con implantación anómala a nivel ístmico cervical complicado de inercismo placentario evidenciado en el transquirúrgico que posteriormente se confirma con estudio histopatológico. Requirió histerectomía total más reparación de serosa vesical.

Lo primordial para un manejo adecuado consiste en tener la sospecha clínica de embarazo ectópico cervical ante la presencia de sangrado transvaginal sin dolor abdominal y tomarlo en consideración como un diagnóstico diferencial con otras patologías del primer trimestre del embarazo, para un oportuno y adecuado manejo; y así evitar complicaciones.

PALABRAS CLAVES: Embarazo ectópico ístmico cervical, inercismo placentario

2 INTRODUCCIÓN

El embarazo ístmico cervical constituye un subtipo de embarazo ectópico cervical, en el cual se produce la implantación y desarrollo del saco gestacional en el canal cervical y en este caso se extiende hacia el istmo sin invadir la histerorrafía anterior. Constituye la segunda forma más infrecuente de presentación extrauterina, representando el 0.1% de las gestaciones ectópicas.(Panelli et al., 2015)

La incidencia de los embarazo ectópicos no tubáricos, incluido el ístmico cervical presenta una tasa global entre 1 - 2% en la población general, sin embargo por el aumento de cesáreas, y de técnicas de fertilización in vitro esta tasa a 2- 5% en este grupo, presentando una mortalidad del 6% de las muertes maternas. (Panelli et al., 2015)

Las infecciones de transmisión sexual, enfermedad pélvica inflamatoria, cirugía tubárica, abortos inducidos, cirugías pélvicas o abdominales, utilización de DIU, anticonceptivos orales combinados, técnicas de reproducción asistida, pueden ser considerados como factores de riesgo para embarazo ectópico. (Tulandi, 2020b)

Para un diagnóstico oportuno se debe tener la sospecha de este cuadro tomando en cuenta los factores de riesgo, bien se ha dicho que es una patología de aparición rara pero cuando se presenta tiene alta morbilidad y mortalidad, los principales síntomas que se presenta son inespecíficos (sangrado transvaginal, dolor pélvico), que se debe apoyar con la utilización de ecografía transvaginal y cuantificación de beta hCG.(Panelli et al., 2015)

Existen muchas opciones terapéuticas que dependen de la paridad de la paciente, su estabilidad hemodinámica, presencia o no de latido cardiaco del embrión, con lo cual se podría realizar un tratamiento médico con la utilización de metotrexato, tratamientos combinados con legrado instrumental, embolización de las arterias uterinas o inclusive histerectomía.(Satoru et al., 2019)

Con estos antecedentes ya descritos el objetivo de este trabajo de investigación es dar a conocer un caso extremadamente raro, con poca descripción en la literatura. Con este fin presentamos el caso de una paciente con embarazo ectópico ístmico cervical complicado con acretismo placentario que se le realizó histerectomía total más reparación de serosa vesical por lesión vesical coadyuvante.

Es importante el estudio de este caso, debido a que este tema es poco conocido, existen escasas publicaciones al respecto, sin embargo es una patología con alta morbilidad y mortalidad en el primer trimestre del embarazo, por lo que su hallazgo tardío lleva a una alta tasa de complicaciones; el análisis de este caso es como una apertura para nuevos estudios que colaboren para la integración de conceptos y protocolos para su manejo.

Se debería tener en cuenta esta patología como un diagnóstico diferencial en la hemorragia de la primera etapa de la gestación, acompañado del uso adecuado de los exámenes complementarios para llevar a un diagnóstico oportuno y brindarle el mejor tratamiento holístico a la paciente con esta alteración.

3 MARCO TEÓRICO

En este caso en particular en donde se describe una implantación anormal del embrión acompañado de una complicación grave como es el incretismo, se describirá como dos patologías independientes, debido a la poca o ninguna información como enfermedad única. Con estos antecedentes, el enfoque descriptivo en esta investigación será inicialmente de Embarazo ectópico cervical con su variante ístmico cervical en sus aspectos clínicos, fisiopatológicos, diagnóstico y tratamiento, a la par se describirá el incretismo placentario asociada a la patología principal de este caso. Además de la descripción previa, requiere un abordaje acerca de las complicaciones de estas dos patologías las mismas que abarcan aspectos clínicos, psicológicos y sociales.

3.1. Embarazo ectópico cervical

El embarazo ectópico es la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial, deriva de la terminología griega *ektopos* - fuera de lugar, teniendo una tasa global del 1 al 2% en la población general y del 2 al 5% entre las pacientes con embarazo secundario a técnicas de reproducción asistida. (Panelli et al., 2015)

Los embarazos ectópicos no tubáricos representan el 10% de todos los embarazos ectópicos, se estima que los embarazos cervicales ocurren en 1: 2000 a 1:18000 embarazos, los implantados en la cicatriz de cesárea es de 1: 1800 a 1:2200, presentando una tasa de mortalidad del 2.5% o 7 veces más asociada con otras localizaciones en gran parte por hemorragia excesiva. (Panelli et al., 2015)

3.1.1 Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el embarazo ectópico ístmico cervical, debido a su aparición rara e imprecisa se detalla los factores de riesgo para embarazo ectópico en general, se debe recalcar que la alteración de la anatomía por factores como infecciones, cirugía, anomalías congénitas o tumores. En la tabla 1 se detalla los factores de riesgo según su grado. (Tulandi, 2020b)

Tabla 1

FACTORES DE RIESGO PARA EMBARAZO ECTÓPICO

Grado de riesgo	Factores de riesgo	Razón de probabilidades
Alto	Embarazo ectópico previo	2.7 hasta 8.3
	Cirugía de trompas previa	2,1 hasta 21
	Patología tubárica	3.5 hasta 25
	Esterilización	5.2 hasta 19
	DIU	
	- Uso antiguo	1.7
	- Uso actual	4.2 hasta 19
	DIU de levonogestrel	4.9
	Fertilización in vitro en el embarazo actual	4.0 hasta 9.3
Moderado	Uso actual de anticonceptivos orales combinados	1.7 hasta 4.5
	Infecciones de transmisión sexual anteriores	2.8 hasta 4.5
	Enfermedad pélvica inflamatoria previa	2.5 hasta 3.4
	Exposición de DES en el útero	3.7
	Tabaco	
	Fumadora anterior	1.5 hasta 3.9
	Fumadora actual	1.7 hasta 3.9
	Cirugía pélvica/ abdominal previa	4.0
	Aborto espontáneo previo	3.0
Bajo	Aborto previo médicamente inducido	2.8
	Esterilidad	2.1 hasta 2.7
	Edad > 40 años	2.9
	Duchas vaginales	1.1 hasta 3.1
	Edad de primera relación sexual < 18 años	1.6
	Apendicetomía previa	1.6
	DIU: dispositivo intrauterino; DES: dietilestilbestrol	

Fuente: Tulandi, T. (2020). Ectopic pregnancy: epidemiology, risk factors, and anatomical sites.. In *UpToDate*

3.1.2 Epidemiología, incidencia, prevalencia

La incidencia de embarazo ectópico a nivel mundial es variada a lo largo del tiempo considerando su difícil estimación a partir de datos disponibles a través de historias clínicas, o

registros de facturación; también se considera difícil la determinación precisa de su incidencia ya que a menudo no se cuenta con los fracasos de embarazos tempranos que no requirieron hospitalización o parto, presentando una tasa de 14.7 por 1000 embarazos, relacionado con 4% de muertes maternas (Tulandi, 2020b)

En un estudio observacional entre 1987 y 2014 realizado por Lisonkova et al (2019) de pacientes hospitalizadas por embarazo ectópico de las cuales se subdividió dos subgrupos (1987- 1991 y 2010- 2014) y se observó que la hospitalización por esta patología disminuyó de 0,89 a 0,16 por 1000 mujeres respectivamente, la mortalidad aumentó de 0.29 a 1.65 por 1000 pacientes en el segundo grupo, presentando mortalidad de 0.03 por 100000 embarazos.

3.1.3 Fisiopatología

La fisiopatología del embarazo ístmico cervical es desconocida, posiblemente el daño de la línea endometrial podría hacerla inapropiada para su nidación y favorecer la implantación cervical. Además, la edad avanzada y la multiparidad podrían resultar en incompetencia del orificio cervical interno.(Viera Hernandez et al., 2017)

Studdiford (1942) citado por Figueroa Solano et al. (2012) diferenció dos tipos de Embarazos Cervicales: el Embarazo Cervical puro (ECP) y el Embarazo Ístmico-Cervical (EIC). En el ECP, el huevo fertilizado se implanta y desarrolla en el cuello uterino sin envolver el cuerpo, mientras que en el EIC, el desarrollo primario del huevo es en el cuerpo, con extensión al cuello.

Rara vez se han descrito otras variedades de embarazo cervical como los paracervicales, los exocervicales y los intramurales. El EIC, entraría dentro de la clasificación de los primarios ya que reúne los criterios enunciados por el mismo autor, como son: trompas y ovarios normales, sin evidencia de lesiones recientes o pasadas. Studdiford (1942) citado por Figueroa Solano et al., 2012)

3.1.4 Cuadro Clínico

La sintomatología de las pacientes depende de la localización del sitio de implantación y suele manifestarse principalmente con hemorragia transvaginal continua, rojo rutilante, amenorrea, dolor, al tacto vaginal se encuentra cuello blando, aumentado de tamaño, mayor o igual al cuerpo uterino. También se debe considerar que a mayor tiempo de amenorrea más síntomas

presenta, pues la erosión de los vasos sanguíneos por el trofoblasto es mayor. (Viera Hernandez et al., 2017)

Viera Hernandez et al. (2017) menciona los criterios clínicos de Palman y Mc Elin para identificar los casos de embarazo ectópico cervical, los mismos que son:

- a. Hemorragia uterina sin calambres luego de un período de amenorrea.
- b. Cérvix blando y agrandado cuyo tamaño es igual o mayor que el fondo del útero (útero en forma de reloj de arena).
- c. Producto de la concepción totalmente limitado adentro y firmemente adherido al endocérvix.
- d. Orificio cervical interno cerrado.
- e. Orificio externo parcialmente abierto.

3.1.5 Diagnóstico

El diagnóstico de esta alteración en la concepción se realiza por el cuadro clínico y con los avances en imagenología con la ayuda de la ecografía transvaginal, cuantificación de beta hCG, progesterona.

3.1.5.1 Hormona Gonadotropina Coriónica Humana (β -hCG)

Comienza con el diagnóstico preliminar de embarazo de ubicación desconocida (PUL), el mismo que se define como la presencia de β -hCG positiva en ausencia de hallazgos ecográficos indicativos de embarazo intrauterino, posteriormente se evidencia embarazo intrauterino o en la gran mayoría embarazos fallidos, abortos espontáneos o embarazos ectópicos en un 30 o 50-70% respectivamente. (Panelli et al., 2015)

En una paciente embarazada se puede detectar la beta hCG después de 21 o 22 días del último periodo menstrual, la concentración de la beta hCG en un embarazo intrauterino se incrementa de forma progresiva hasta aproximadamente 41 días de gestación, posteriormente aumenta lentamente hasta las 10 semanas y luego disminuye hasta alcanzar una meseta en el segundo y tercer trimestre. (Tulandi, 2020b)

La zona discriminatoria se considera como el nivel de beta hCG en suero por encima del cual se puede visualizar el saco gestacional dentro del útero, esta zona discriminatoria se establece en 3510 miliunidades internacionales/ ml. (Connolly et al., 2013)

La medición de beta hCG debe ser seriada cada 48 o 72 horas, para determinar si está relacionada con un embarazo normal, una sola medición no es suficiente para el diagnóstico de embarazo ectópico, se debe utilizar el mismo laboratorio. (Panelli et al., 2015)

En un embarazo intrauterino se espera un aumento del 35% del valor anterior, si el aumento es menor de este porcentaje en tres mediciones consecutivas es compatible con un embarazo anormal, una concentración que se estabiliza o disminuye es francamente un embarazo patológico. (Tulandi, 2020b)

3.1.5.2 Cuantificación de Progesterona

La cuantificación de progesterona sérica se ha identificado como un posible marcador para la identificación de embarazos intrauterinos y los embarazos extrauterinos. Se ha demostrado que los niveles de progesterona son más bajos en embarazos ectópicos y embarazos no viables en comparación con los intrauterinos. (Verhaegen et al., 2012)

Varios estudios sugieren un límite de progesterona de 10 nanogramos por mililitro (ng / mL) para la identificación más precisa de embarazos intrauterinos. En un metanálisis que incluyó a 4689 pacientes menores de 14 semanas de edad gestacional con dolor y / o sangrado, un nivel de progesterona sérica de menos de 10 ng / ml predijo un embarazo no viable con una sensibilidad del 66,5% y una especificidad del 96,3% (Verhaegen et al., 2012)

Sin embargo, cabe recalcar que la medición de la progesterona por sí sola no es factor diagnóstico de un embarazo viable o ectópico según su elevación o disminución respectivamente, por lo cual esta prueba debe ser interpretada conjuntamente con los niveles de β -hCG seriada y la ecografía transvaginal. (Verhaegen et al., 2012)

3.1.5.3 Ecografía transvaginal

El embarazo de ubicación desconocida es una situación en la que se produce una prueba de embarazo positiva pero sin evidencia de gestación intrauterina o ectópica, la ecografía transvaginal es capaz de identificar un embarazo ectópico con una sensibilidad entre 87 y 94% y especificidad del 94 al 99%, los únicos biomarcadores validos con aplicación clínica son los niveles séricos de fracción beta de hCG y progesterona. (Pereira et al., 2019)

Rivera et al.(2020) menciona en su artículo los criterios diagnósticos de embarazo cervical fueron descritos por Raskin en 1978 lo cuales son:

- a. Cérvix aumentado de tamaño en proporción igual o mayor al cuerpo uterino (útero en reloj de arena)
- b. Canal cervical dilatado en forma de “barril”
- c. Crecimiento uterino amorfo o difuso
- d. Estructuras embrionarias firmemente unidas al endocervix
- e. OCI cerrado
- f. OCE parcialmente abierto
- g. Ecos intrauterinos amorfos y difusos
- h. Ausencia de embarazo intrauterino

Los embarazos ectópicos presentes en áreas anatómicas menos comunes pueden identificarse mediante ecografía según criterios específicos. Para el embarazo ectópico cervical se identifica por un canal cervical distendido que contiene un saco gestacional con flujo Doppler peritrofoblástico debajo del orificio cervical interno cerrado, ausencia de embarazo intrauterino y no se observa el signo de “órgano deslizante” considerado como un movimiento cuando se aplica presión con la sonda transvaginal propio de abortos espontáneos en curso. (Panelli et al., 2015)

3.1.6 Diagnóstico diferencial

Se debe incluir otras patologías relacionadas con el primer trimestre del embarazo para realizar un diagnóstico diferencial, que consisten en: (Tulandi, 2020b)

- a. Fisiológico (sangrado al comienzo sin patología, probablemente relacionada con la implantación normal)
- b. Embarazo ectópico en otros lugares
- c. Aborto espontáneo
- d. Enfermedad trofoblástica gestacional
- e. Patología cervical, vaginal o uterina
- f. Hematoma Subcoriónico

Principalmente se debe tomar énfasis con la presencia de aborto incompleto debido a que este presenta manifestaciones clínicas similares. El sangrado vaginal puede estar asociado con cualquiera de estas dos patologías, pero hay que tomar en cuenta que cuando el sangrado

abundante está acompañado de inestabilidad hemodinámica corresponda a un embarazo ectópico cervical, considerando que el sangrado auto limitado se presenta en el aborto incompleto. (Tulandi, 2020a)

3.1.7 Tratamiento

La política básica para el manejo del embarazo ectópico cervical es la interrupción del embarazo y la preservación del útero, sin embargo se pueden complicar con acretismo placentario, perforación y hemorragia uterina resultando en un aumento de morbilidad y mortalidad. El método de tratamiento debe seleccionarse tomando en cuenta: las semanas de gestación, la presencia o ausencia de latido cardíacos fetales, valores de beta hCG, abundancia del suministro de sangre adyacente a las vellosidades o saco gestacional, estabilidad hemodinámica de la paciente. (Satoru et al., 2019)

3.1.7.1 Tratamiento clínico

La utilización de metotrexato para el tratamiento de embarazo ectópico cervical se puede considerar como primera línea, pero debido a la limitada información que se engloba en serie de casos o reposte de caso, no permite otorgar conclusiones sólidas sobre los criterios óptimos para la terapia médica. (Tulandi, 2020b)

El metotrexato se puede aplicar de forma sistémica o local con o sin cloruro de potasio (KCl), sin embargo, en revisiones e informes recientes se ha observado que la utilización de quimioterápico como único tratamiento tiene una baja tasa de éxitos e inclusive efectos adversos como estomatitis o leucopenia. (Satoru et al., 2019)

La aplicación de metotrexato intramuscular en multidosis (tabla 2) solo suele ser adecuado para embarazos cervicales muy tempranos y sin actividad cardíaca fetal siendo eficaces según estos parámetros entre el 80 y 90% de los casos reportados. (Tulandi, 2020b)

Tabla 2**PROTOCOLO DE DOSIS MÚLTIPLE DE METOTREXATO**

Metotrexato	Leucovorina	Beta hCG	Precauciones durante la terapéutica
Dosis: (1 mg/ kg/ día) intramuscular en los días 1, 3,5 y 7	Dosis: (0.1 mg/kg) en los días 2, 4,6 y 8	Se extraen los días 1, 3,5 y7 Fase de vigilancia: mediciones semanales Menos del 15% de la medición anterior se coloca una dosis adicional de metotrexato y al día siguiente leucovorina Se cuantifica beta hCG hasta que presenta valores indetectable	Evite las relaciones sexuales vaginales y nuevo embarazo hasta beta hCG sea indetectable. Evite los exámenes pélvicos durante la fase de vigilancia por riesgo de ruptura. Evitar la exposición solar para limitar el riesgo de dermatitis. Evite vitaminas que contengan ácido fólico No usar antiinflamatorios no esteroideos (AINES)

Realizada por Eliana Villacrés Fuente: Tulandi, T. (2020).). Ectopic pregnancy: treatment with methotrexate. en *UpToDate*

3.1.7.2 Legrado o evacuación

El legrado o evacuación se puede realizar bajo guía ecográfica previa la aplicación de metotrexato cloruro de potasio, requiere un corto tiempo de hospitalización en los casos exitosos, es adecuada para la preservación de la fertilidad. Se puede optar por hemostasia con compresión con balón, vasopresina endocervical, ligadura transvaginal de las ramas cérvico vaginales de la arteria uterina. (Satoru et al., 2019)

Sin embargo, la principal complicación es un alto riesgo de hemorragia severa que terminan en histerectomía, durante el postoperatorio si se produce sangrado de sitio de implantación una alternativa es la colocación de un catéter de Foley de tamaño 26 e inflar el globo con un máximo de 95 ml de agua destilada con el objetivo que comprima el cuello uterino dilatado, requiere una valoración continua de signos vitales para evidenciar signos de descompensación. Para el retiro del catéter debe ser de forma paulatina y controlada, a partir de las 48 horas de su colocación. (Tulandi, 2020b)

3.1.7.3 Embolización de la arteria uterina

La embolización se utiliza cuando la hemorragia no es controlada con los métodos anteriormente señalados, este método permite el taponamiento no solo de la arteria en cuestión sino también de las ramas anastomóticas, con la previa confirmación del sitio del punto de sangrado. (Satoru et al., 2019)

La embolización de la arteria uterina consiste en la colocación de una esponja de gelatina como una sustancia embolica sólida temporal, con duración de varios días, presenta reacciones adversas entre 6 y 7.8%, siendo el más frecuente la fiebre; con menor frecuencia se puede presentar: necrosis de miometrio, insuficiencia ovárica, necrosis vesical. (Satoru et al., 2019)

La tasa de éxito oscila entre el 89- 97%, a diferencia del flujo sanguíneo uterino convencional, las anastomosis vasculares no se limitan a las derivadas de la arteria ilíaca interna, también se observan anastomosis desde la arteria ilíaca externa, lumbar, mesentérica inferior. El embarazo posterior a una embolización por hemorragia postparto está asociado con un mayor riesgo de espectro de placenta ácreta por lo que es primordial un control prenatal estricto. (Satoru et al., 2019)

3.1.7.4 Histerectomía

Este procedimiento en teoría se debería realizar cuando los demás no han tenido resultados positivos, por presencia de shock hipovolémico a causa de hemorragia severa. A las pacientes que no deseen un embarazo futuro se les puede ofrecer esta opción terapéutica en primer lugar. (Tulandi, 2020b)

3.2. Acretismo Placentario

La FIGO en una revisión realizada en Noviembre del 2019 describe como acretismo placentario como PAS (Placenta Accreta Spectrum), con la misma pretende unificar conceptos internacionales.

Las variantes recientes de la clasificación de PAS, incluyen descripción de hallazgos clínicos como son: (Jauniaux et al., 2019)

- a. La dificultad de eliminación manual de forma gradual de la placenta
- b. Ausencia de separación espontánea de la placenta después de 20- 30 minutos del nacimiento a pesar del manejo activo del tercer periodo del parto
- c. Retención placentaria de forma parcial que requiere legrado después del parto
- d. Hemorragia abundante en el lecho placentario después de la extracción de la placenta en una cesárea

El Panel de Consenso de Expertos de FIGO revisó e incorporó los sistemas de informes y calificaciones anteriores para desarrollar una nueva clasificación general del espectro de placenta ácreta (Jauniaux et al., 2019)

- Grado 1: placenta anormalmente adherente (placenta adherente o creta): unida directamente a la superficie de la capa media de la pared uterina (miometrio) sin invadirla
- Grado 2: placenta anormalmente invasiva (íncreta) - invasión al miometrio
- Grado 3: la invasión de placenta (pércreta) anormalmente invasiva puede llegar a los tejidos, vasos y órganos pélvicos circundantes.

3.2.1 Factores de Riesgo

Los principales factores de riesgo identificados para espectro de acretismo placentario, descrito por Jauniaux et al., (2019) y algunos autores son:

- Edad (mayores de 30 años).
- Gestas (multíparas de 2 a 3).
- Placenta previa con antecedente de cesárea (35%).
- Placenta previa con antecedente de 3 o más cesáreas (67%).
- Historia de legrado uterino (18 a 60%).

- Antecedente de extracción manual placentaria.
- Historia de retención placentaria.
- Antecedente de infección intraamniótica

3.2.2 Diagnóstico

El diagnóstico de acretismo placentario se lo puede realizar a través de ecografía con Doppler color, resonancia magnética nuclear, con respecto a lo cual El Grupo de Trabajo Europeo sobre Placenta Anormalmente Invasiva (The European Working Group on Abnormally Invasive Placenta) (EW-AIP) (2016), propuso la creación de criterios ecográficos diagnósticos actualizados a partir de 23 estudios de revisiones sistemáticas los cuales se detalla en la siguiente tabla:

Tabla N° 3

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS DEL ACRETISMO PLACENTARIO

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS	DEFINICIONES ESTANDARIZADAS POR EW- AIP
Pérdida de la “Zona clara”	Pérdida o irregularidad del plano hipocóico en el miometrio bajo la base placentaria o “ zona clara”
Lagunas placentarias anormales	Presencia de lagunas placentarias numerosas que incluya algunas grandes e irregulares que contengan habitualmente flujo turbulento visible
Interrupción de la pared vesical	Pérdida o interrupción del brillo de la pared vesical (banda hiperecica o línea entre serosa uterina y lumen vesical)
Bulto placentario	Desviación de la serosa uterina del plano esperado causado por un bulto de tejido placentario anormal a los órganos vecinos
Masa focal exofítica	Tejido placentario atraviesa la serosa uterina y se extiende a través de ella, con mayor frecuencia hacia la vejiga
2 D Doppler Color	

Hipervascularización útero- vesical	Aumento de la señal Doppler Color entre el miometrio y la pared vesical. Esto indica numerosos vasos tortuosos en esta región.
Hipervascularización subplacentaria	Aumento de la señal Doppler Color en la base placentaria indicando numerosos vasos tortuosos a ese nivel.
Puentes de vasos sanguíneos	Aparentes vasos que se extienden desde la placenta a través del miometrio y hacia la serosa dentro de la vejiga y otros órganos adyacentes. Habitualmente con un trayecto perpendicular al miometrio.
Vasos nutricios de lagunas placentarias	Vasos de alto flujo que van desde el miometrio dentro de una laguna placentaria causando turbulencia.
Ecografía 3D, Doppler Color	
Hipervascularización intraplacentaria	Vasos placentarios tortuosos complejos e irregulares con turbulencia

Fuente: Adaptado de Véliz, F., Núñez, A., & Selman, A. (2018). Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 83(5), 513–526.

La realización de la resonancia magnética nuclear se debe realizar cuando la ecografía es dudosa o equivoca, la misma que alcanza una sensibilidad y especificidad del 94 y 84%, cuando el diagnóstico es definitivo a través de la ecografía, la resonancia magnética nuclear se usa para plantear la interrupción del embarazo y poder realizar una estrategia adecuada para esto. Cabe recalcar que la resonancia magnética nuclear se ha utilizado hace 30 años y no hay evidencia de efectos adversos hacia el feto. (Véliz et al., 2018).

3.2.3 Tratamiento

En la actualidad reducir las muertes maternas y la morbilidad materno y fetal asociada a complicaciones del embarazo se ha convertido en una prioridad de las instituciones gubernamentales a nivel mundial, una de las complicaciones que aún prevalecen gracias al desmesurada terminación de embarazo por cesárea, es el espectro de acretismo placentario cuyo tratamiento sigue siendo un reto, ya que atrae consigo una serie de complicaciones como la hemorragia masiva, lesiones uretrovesicales, lesiones intestinales, entre otras.(Reyes-Sepúlveda et al., 2019).

En la bibliografía están descritos diversos abordajes que han mostrado buenos resultados obstétricos, con disminución del sangrado y menor utilización de derivados sanguíneos. La aplicación de balones arteriales y la oclusión arterial mediante embolización tienen desenlaces efectivos en disminución del sangrado transoperatorio, con una efectividad entre 80 y 100% y con un 9% de complicaciones como: reacciones alérgicas al contraste, trombosis, fiebre, isquemia transitoria glútea y de extremidades inferiores, disección vascular, perforación arterial, abscesos pelvianos, y otras complicaciones isquémicas con necrosis local (necrosis uterina, vesical o vaginal) y sepsis entre otras. (Reyes-Sepúlveda et al., 2019).

3.3. Aspectos psicológicos y sociales en las pacientes histerectomizadas

Se ha tomado en cuenta este aspecto debido a que en muchas ocasiones se deja de lado lo social y psicológico, siendo estos de importancia para el tratamiento y manejo de las pacientes intervenidas quirúrgicamente (histerectomía), por lo que deben ser tratadas de forma holística.

Dentro de los diversos trastornos del ánimo que experimentan algunas mujeres posterior a la cirugía, destacan trastornos depresivos y/o ansiosos, en algunos casos, caracterizados por síntomas como tristeza y/o desánimo, como consecuencia del impacto de la cirugía, que repercute en la capacidad reproductiva y sexual de la mujer. Además, se encuentran trastornos depresivos y/o ansiosos con síntomas como: mareos, problemas nerviosos, fatiga, falta de ánimo, irritabilidad, llanto fácil, entre otros, los que perduraron después de meses o años luego de la cirugía, en las mujeres sometidas a este procedimiento. (Cuevas et al., 2019)

Analizando los factores causantes de depresión y ansiedad en las mujeres, se logra apreciar que aquellas que desean tener hijos por primera vez o ser madres otra vez previo a la histerectomía, se evidencia que el 10,5 % de las mujeres que ya eran madres deseaban tener otro hijo mientras que un 3,5% de las mujeres quizás le hubiese gustado ser madre otra vez, encontrándose una relación entre la aparición de estos trastornos depresivos y/o ansiosos, el deseo de engendrar nuevamente. También se encuentra una relación directamente proporcional entre las mujeres nulíparas y la edad, siendo las mujeres jóvenes menores de 35 años, sin hijos, quienes son más propensas a presentar cuadros ansiosos y depresivos. (Cuevas et al., 2019)

Otros factores importantes a destacar, que predisponen en la aparición de estos trastornos, son la falta de información y educación que reciben las mujeres por parte del personal de salud,

sobre el procedimiento quirúrgico, además de comentarios confusos recibidos de otras mujeres sobre sus experiencias luego de la cirugía, lo que aumenta la necesidad de requerir información respecto a su caso particular. Sumado a estos factores, se encuentran además, la soledad, falta de apoyo familiar, especialmente de la pareja, y también, los temores y mitos sociales en torno a la extirpación uterina.(Cuevas et al., 2019)

La importancia social de la maternidad, relacionando al útero como un “órgano dador de vida”, ligado a la edad reproductiva de la mujer, generan implicancias negativas en su salud mental, como depresión y ansiedad, trastornos expresados con síntomas como temores, sufrimiento, amargura, soledad, vacío, sentimientos de pena y/o desánimo, además de tristeza y dolor. Finalmente, también toma relevancia el entorno sociocultural que rodea a las pacientes y cómo éste modifica su forma de ser, pensar y desenvolverse, lo que posteriormente, repercute en la perspectiva que tienen con respecto a la histerectomía.(Cuevas et al., 2019)

4 DESCRIPCIÓN DE CASO

4.1 Antecedentes

Se reporta el caso clínico de una paciente de 24 años, nacida en Pasaje (El Oro), residente en Riobamba, mestiza, casada, instrucción superior incompleta, dedicada a los quehaceres domésticos, católica, con tipo de sangre O Rh positivo, presenta alergia a butilescolamina, no presenta historial de transfusiones sanguíneas, sin historia de patologías en la familia y de forma personal, no presenta hábitos perniciosos.

Antecedentes gineco- obstétricos: 4 gestas, 1 aborto, 2 cesáreas, 2 hijos vivos, de los cuales el primer embarazo finalizó en cesárea hace 6 años por distocia de presentación (oblicuo), el segundo fue un aborto espontáneo a las 12 semanas complementado con un legrado instrumental hace 5 años, el tercero terminó en cesárea por antecedente de cicatriz uterina previa hace 10 meses, al momento de su ingreso la paciente cursaba embarazo de 9 semanas por FUM (27/02/2020).

4.2 Cuadro clínico

La paciente presenta un cuadro clínico de 13 días de evolución caracterizado por sangrado transvaginal de moderada cantidad acompañado de dolor pélvico de leve intensidad por lo que es valorada en emergencia de segundo nivel, solicitando ecografía en donde concluyen la presencia de restos corioplacentarios, el diagnóstico inicial fue de aborto incompleto, para lo cual recibe tratamiento médico. Por emergencia sanitaria (Covid-19), no acude a control después de terapia otorgada. Dada la persistencia de sangrado, la paciente acude nuevamente con facultativo quien realiza valoración ecográfica por sospecha de embarazo ectópico cervical y decide referencia a hospital de nivel superior por falta de anestesiólogo.

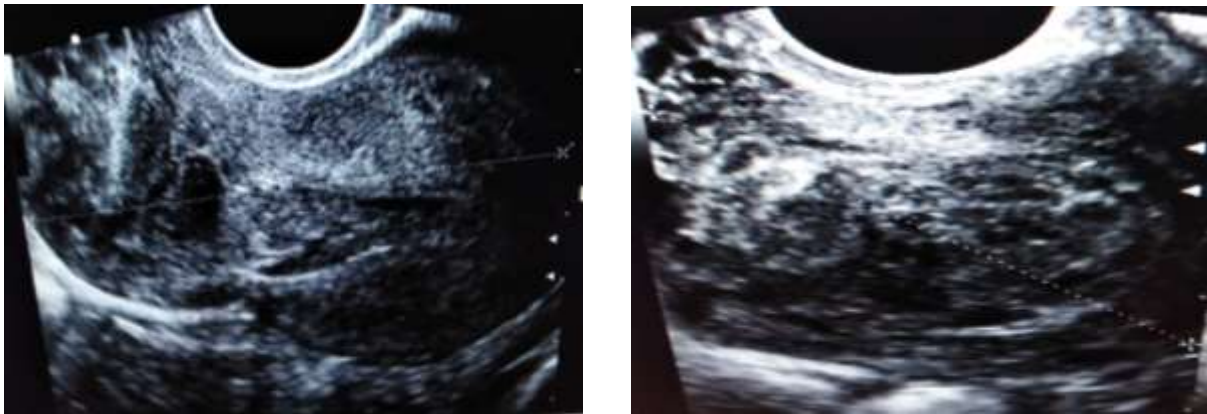
Al ingreso, la paciente presenta los siguientes datos: SCORE MAMA: 1, TA: 126/82 mm/Hg, FC: 104 LPM, FR: 18 RPM, T°: 36.6 ° C, sO₂: 98%, peso: 65 kg, talla: 1,57 m, IMC: 26.37 kg/m², consciente, orientada, afebril, palidez generalizada, a la exploración de cabeza, cuello, tórax y extremidades sin evidencia de alteraciones, dolor a la palpación a nivel de cicatriz de Pfannenstiel previa, ruidos hidroaéreos presentes; al examen ginecológico se evidencia útero incrementado de tamaño, cérvix anterior lateralizado a la derecha, puntiforme con sangrado oscuro escaso, dolor durante tacto vaginal.

4.3 Exámenes complementarios

En la ecografía endovaginal que reportó útero incrementado de tamaño con múltiples imágenes quísticas heterogéneas dentro de la cavidad endometrial, hasta el OCI con presencia de vascularidad central y periférica, fondo de saco de Douglas con escasa cantidad de líquido libre, diámetro de histerorrafia de 3.1 mm con adecuada ecogenicidad (figura 1)

Figura 1

Ecografía transvaginal



Nota: Se observa útero incrementado de tamaño con múltiples imágenes quísticas heterogéneas, tomado de Servicio de Imagenología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N° 1

Beta hCG: 21863 UI/ ml, progesterona: 4.95 ng/ ml, Hb: 9,8 g/dl, Hcto: 31.6%, TP: 10.6 seg, TTP: 26.6 seg, INR: 1.09.

En el primer día de hospitalización se realiza exámenes complementarios con el reporte de Hb: 8.9 g/dl, Hcto: 29%, plaquetas: 414 000, TGO: 13 UI/L, TGP: 12 UI/L, BT: 0.54mg/dl, BD: 0.2 mg/dl, BI: 0.34 mg/dl, creatinina: 0.58 mg/dl, beta hCG: 18893 UI/ml

Radiografía de tórax se reportó normal.

4.4 Diagnóstico diferencial

- Enfermedad trofoblástica del embarazo
- Aborto incompleto

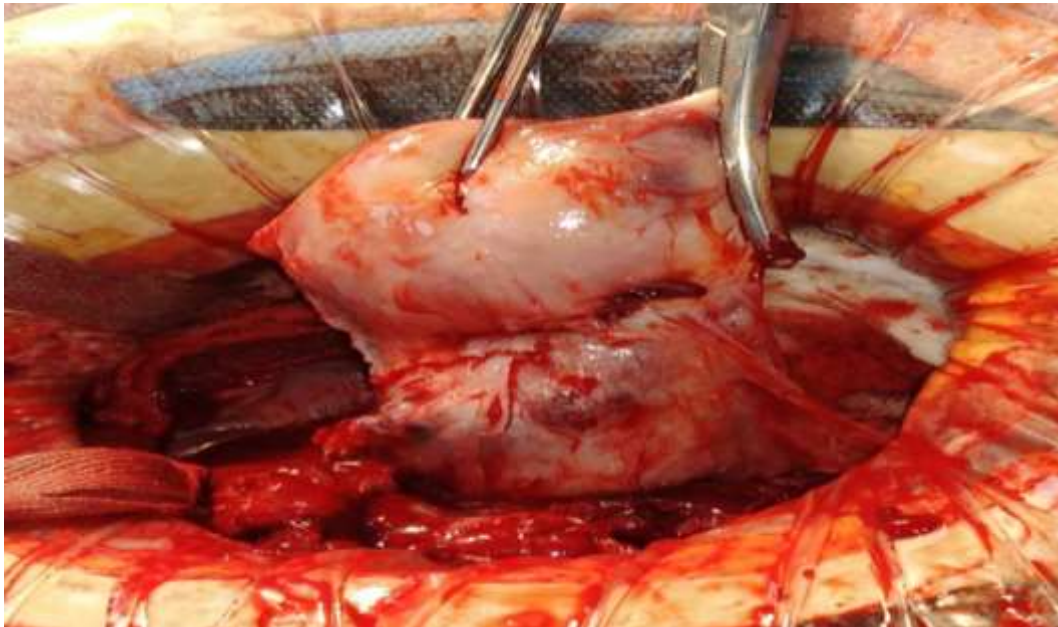
4.5 Tratamiento quirúrgico

Con el diagnóstico de aborto incompleto y previo consentimiento informado se realizó un legrado instrumental, durante el procedimiento se observó: 1) útero en retroversión con cérvix anterior entreabierto abombado violáceo 2) sangrado de 500 ml; por lo que se procedió a control de hemorragia con pinzamiento de arterias uterinas. Por hemorragia excesiva, se decide laparotomía urgente, con consentimiento de familiar.

Se realiza histerectomía total y reparación de serosa vesical, bajo anestesia general, en donde se reporta lo siguiente: 1) cicatriz uterina previa 2) fibrosis músculo aponeurótica 3) hemoperitoneo de 300 ml 4) hematoma en cada anterior de útero que compromete serosa vesical 5) útero de 12x10x6 cm con presencia de masa a nivel de segmento uterino de aspecto trofoblástico 6) hemorragia de 700 ml 7) Diuresis clara por sonda de 100 ml (figura 2) (figura 3).

Figura 2

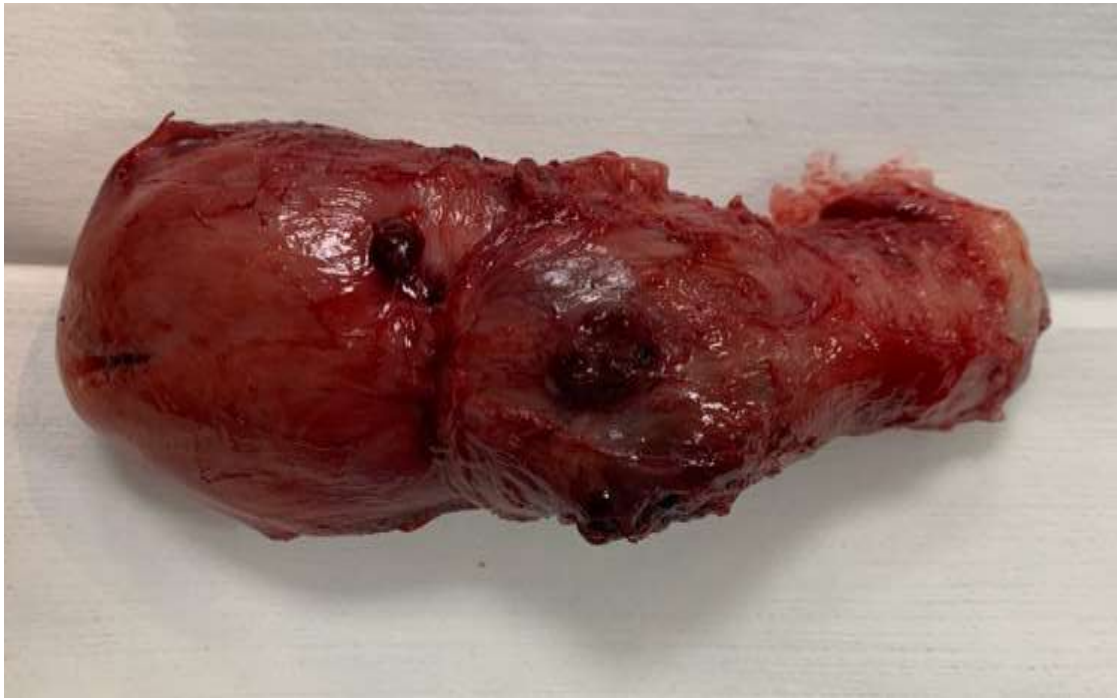
Fotografía en el transquirúrgico



Nota: Imagen transquirúrgica donde se observa masa a nivel de cara anterior de cuello uterino, con abundantes coágulos en espacio perivesical,

Figura 3

Pieza anatómica posterior a la histerectomía



Nota: Fotografía del útero, se observa cicatriz intacta, masa con aspecto trofoblástico con erosiones en la cara anterior del istmo y cérvix por debajo de las arterias uterina

4.6 Diagnóstico definitivo

- Embarazo ectópico cervical accidentado
- Lesión de serosa vesical
- Anemia moderada

4.7 Informe histopatológico

Útero que pesa 120 gramos, mide 11x6x4 cm, cubierto de serosa rosada brillante de aspecto gestante, el cérvix mide 3 x4 cm, el orificio exocervical abierto que mide 0.5 cm, la mucosa que le rodea erosionada en los dos labios a la apertura el canal endocervical abierto, en istmo focalmente se observa tejido esponjoso que filtra la pared, la cavidad endometrial ocupada por abundante material hemático que mide 6x2.5 cm, en el miometrio no se encuentra nodulaciones con espesor de 3 cm, negativo para malignidad. El diagnóstico patológico fue: Cervicitis aguda

con ectropión, embarazo ectópico ístmico cervical, placenta increta, miometrio sin nodulaciones (figura 4).

Figura 4

Corte longitudinal de cérvix



Nota: corte longitudinal a nivel de istmo y cervix, se observa presencia de tejido trofoblastico a nivel istmo y cervix. Tomado del Servicio de Patología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1

4.8 Evolución (01 a 05 – 05- 2020)

La paciente permanece hospitalizada por cinco días, con evolución favorable, durante su estancia hospitalaria, se transfundieron 4 concentrados globulares, recibió analgesia y antibióticos; sin embargo, presentaba una marcada labilidad emocional, llanto fácil y sensación de vacío, por lo que se requirió la valoración por parte de psicología.

Acude a control médico después de ocho días de su alta para revisión, encontrándose herida en proceso de cicatrización, y se retira sonda vesical permeable, con orina clara que se colocó por lesión vesical.

4.9 Evolución Psicológica

Durante su hospitalización por cuadro clínico antes descrito es valorada por psicólogo de la institución y reporta que paciente cuenta con buena red de apoyo, trabaja con psicoterapia y ejercicios de relajación hasta su alta.

Se aplicó a la paciente El Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) dos meses después de la intervención quirúrgica, con un puntaje de 13 compatible con depresión mínima, por lo que requirió seguimiento de un psicólogo para que evalué su esfera emocional, debido a la emergencia sanitaria (Covid-19), la paciente no logro acceder a seguimiento psicológico, pero tuvo un adecuado apoyo por parte de su familia.

5 DISCUSIÓN

Se considera embarazo ectópico como la implantación anómala del blastocisto, que en la mayoría de ocasiones se da a nivel de las trompas uterinas (95%), el 5% restante corresponde a otras localizaciones como: ováricas, abdominal, cornual, cervical, siendo la última la segunda menos común representando el 0.1% de casos. (Panelli et al., 2015).

Con respecto a este acápite, no se encontró estudios que revelen su realidad en el Ecuador, los datos publicados por el INEC evidencian un subregistro importante, no significa que no se presenten, sino que no existe la notificación adecuada de los mismos, he aquí la importancia de la presentación y análisis de este estudio.

La primera descripción de embarazo cervical fue en el año de 1817 por Everard Home (Figueroa et al., 2012), quien halló un huevo incipiente a nivel del canal cervical durante la autopsia de una paciente fallecida a causa de hemorragia severa. (Frías Sánchez et al., 2018)

En un estudio observacional entre 1987 y 2014 realizado por Lisonkova et al (2019) de pacientes hospitalizadas por embarazo ectópico de las cuales se subdividió dos subgrupos (1987- 1991 y 2010- 2014) y se observó que la hospitalización por esta patología decreció de 0,89 a 0,16 por 1000 mujeres respectivamente, la mortalidad aumentó de 0.29 a 1.65 por 1000 pacientes en el segundo grupo, presentando mortalidad de 0.03 por 100000 embarazos. (Lisonkova et al., 2019)

En diversas publicaciones se reportan los factores de riesgo para embarazo ectópico en general sin existir una evidencia específica para la implantación anormal no tubárica, en donde se puntualiza: mayor de 40 años, antecedentes de embarazo ectópico previo, cirugía tubárica, cirugía pélvica o abdominal, anticonceptivos orales combinados, inicio de vida sexual a los 16 años. (Tulandi, 2020b), en el caso de la paciente concuerda con ciertos aspectos ya definidos, teniendo como factores predisponentes las cesáreas anteriores, el período intergenésico corto, legrado uterino que en teoría contribuyeron para alterar la anatomía.

La clínica en estos casos es muy escasa, siendo lo más frecuente: dolor abdominal leve, sangrado vaginal con amenorrea. (Satoru et al., 2019). El spotting es el signo más común, ya que el sangrado abundante se presenta cuando el embarazo ectópico cervical está roto (Viera Hernandez et al., 2017). En el caso de la paciente, presentó escaso sangrado transvaginal más dolor abdominal de moderada intensidad. En la exploración física se identificó palidez

generalizada, al examen ginecológico un útero aumentado de tamaño, cérvix abombado, cerrado con sangrado escaso y dolor durante la exploración.

En cuanto a los criterios ecográficos establecidos por Raskin en 1978 mencionados por (Rivera et al., 2020) ya descritos en el marco teórico y ausencia de signo de “órgano deslizante” que es el deslizamiento de la masa endocervical con la presión ligera del transductor propio de aborto en curso, se diagnostica embarazo ectópico cervical (Panelli et al., 2015). En el caso de la paciente de este estudio, en la ecografía se evidenció múltiples imágenes quísticas heterogéneas en cavidad endometrial hasta el OCI, que no fue típica de un embarazo ectópico cervical, por lo que llevó a una apreciación distinta.

La utilización de la resonancia magnética nuclear es una herramienta muy interesante para apoyo diagnóstico del embarazo cervical en donde los hallazgos típicos que se engloban en masa heterogénea, canal cervical agrandado, cavidad endometrial vacía, esta técnica puede ser muy importante ya que no requiere preparación previa de la paciente, no necesita contraste (Frías Sánchez et al., 2018). En el caso de la paciente de este estudio no se le realizó este examen complementario, que pudo ser de gran apoyo en el momento del diagnóstico.

El tratamiento de esta patología ha sido un tema de controversia en los últimos años, siendo un reto para la comunidad científica establecer criterios estrictos y bien definidos que hasta el momento no se describen puntualmente ya que existen escasos casos descritos en la literatura. El diagnóstico precoz y el desarrollo tecnológico, ha permitido contar con opciones terapéuticas menos invasivas y conservadoras, tomando en cuenta minimizar riesgo de hemorragia, eliminar productos de gestación, preservar la fertilidad (Satoru et al., 2019).

Con respecto a este caso, se realizó en primer lugar legrado instrumental y por presentarse abundante sangrado transvaginal, se procedió a compresión de arterias uterinas como técnica de salvataje, posteriormente se realizó histerectomía total con reparación de serosa vesical por lesión contigua. Se considera que el legrado uterino por si solo conlleva a un 40% de riesgo de histerectomía por hemorragia masiva, como sucedió con la paciente. Otra técnica a considerar como tratamiento es el cerclaje cervical siempre y cuando no exista inestabilidad hemodinámica, sin embargo, no se tiene la suficiente experiencia para recomendarlo como tratamiento de primera línea. (Rivera et al., 2020)

Rubin en 1911 estableció los criterios histológicos para el diagnóstico de embarazo cervical: presencia de glándulas cervicales frente al sitio de implantación, íntima fijación placentaria, placenta entera o una parte de ella debe estar por debajo de la entrada de los vasos sanguíneos

uterinos, no debe haber elementos embrionarios en el cuerpo uterino (Frías Sánchez et al., 2018). En comparación con los hallazgos de nuestra paciente en donde se identificó un embarazo ístmico cervical con incretismo placentario que guarda relación de forma parcial con la descripción antes mencionada.

Con respecto a la fisiopatología del embarazo ectópico cervical, cuando no es detectado precozmente, invade el cérvix y en ocasiones órganos vecinos como fue el caso de la paciente de este estudio, comportándose como incretismo placentario. En la literatura existen pocos casos que describen como una sola patología la combinación de ambas (Figuroa et al., 2012)

La FIGO creó un nuevo consenso con respecto al acretismo placentario y con el objetivo de unificar conceptos lo denominó como espectro de acretismo placentario, teniendo una nueva clasificación incluyendo los hallazgos clínicos (Jauniaux et al., 2019) presentando muchas similitudes con este caso pese a su edad gestacional, encajando en el grado 3 según esta nueva clasificación (Jauniaux et al., 2019)

En una revisión realizada en 2019 enfocada en las consecuencias psiquiátricas y sus factores predisponentes en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía, se observó que este trastorno se presentó con frecuencia variable, con prevalencia de 84% para la depresión y 94% para ansiedad, teniendo como factor predisponente la cantidad de hijos, deseo de preservación de fertilidad, nuliparidad, edad, falta de información y educación previa a la cirugía, la soledad, el escaso apoyo familiar, mitos y creencias sociales. (Cuevas et al., 2019)

En este caso la paciente presentó síntomas tales como labilidad emocional, llanto fácil, a esto se debe agregar la edad de la paciente y los mitos que rodeaba a la cirugía realizada con respecto a su feminidad, siendo valorada por parte de psicología en donde se propuso apoyo emocional y familiar, el mismo que fue preciso para la mejoría de la paciente, en estos casos es importante un manejo interdisciplinario para la óptima atención de cada paciente individualizando cada caso para su mejor recuperación.

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Para un manejo adecuado de embarazo ectópico ístmico cervical con incretismo placentario, consiste en observar los factores de riesgo, tener la sospecha clínica ante la presencia de sangrado transvaginal sin dolor abdominal, la utilización de medios diagnósticos como la ecografía transvaginal y valores de beta hCG y así realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías del primer trimestre del embarazo y con ello darle un tratamiento oportuno.

El enfoque terapéutico de una paciente con embarazo ectópico ístmico cervical con incretismo placentario debe ser de forma holística, por lo cual es importante dar un seguimiento adecuado a estos casos que en ocasiones no son diagnosticados a tiempo y probablemente no muy bien tratados como este caso; lo cual podría llevar a complicaciones, por la rareza de esta alteración del embarazo temprano, se podría dar inicio a nuevas investigaciones con respecto a enfoques diagnósticos, terapéuticos, con la idea de la realización de protocolos de manejo.

7 REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (2011). EVALUACIÓN DEL INVENTARIO BDI- II. *Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*, 1–15. <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- Collins, S. ., Aschcroft, A., Braun, T., European Placenta, W. G. on A. I., & (EW-AIP). (2016). Proposal for standardized ultrasound descriptors of abnormally invasive placenta (AIP). *Ultrasound Obstet Gynecol*, 47, 271– 275. <https://doi.org/DOI:10.1002/uog.14952>
- Connolly, A., Ryan, D., Stuebe, A., & Wolfe, H. (2013). Reevaluation of Discriminatory and Threshold Levels for Serum b-hCG in Early Pregnancy. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 201(1), 65–70. <https://doi.org/DOI:10.1097/aog.0b013e318278f421>
- Cuevas, V., Díaz, L., Espinoza, F., & Garrido, C. (2019). Depresión y Ansiedad en mujeres histerectomizadas no oncológicas posterior a la cirugía. *Rev. Chil. Obstet. Ginecol*, 84(3). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262019000300245>
- Figueroa, J., Herrera Castillo, F., Serrano González, D., Marcano Vivas, R., Sánchez Hurtado, M., & Lacruz Uzcategui, J. (2012). Embarazo ectópico ístmico-cervical complicado con placenta increta: reporte de un caso (Isthmian-cervical ectopic pregnancy and placenta increta: a case report). *Avances En Biomedicina*, 1(2), 82–86.
- Frías Sánchez, Z., Pantoja Garrido, M., Fernández Ruiza, M., Vico de Miguelay, F., Rossoaa, F., & Pantoja, F. (2018). Manejo de la gestación ectópica cervical. Tratamiento médico con pauta multidosis de metotrexato intramuscular; a propósito de un caso. *Clin Invest Gin Obst*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.gine.2018.02.002>
- Jauniaux, E., Chantraine, F., Silver, R., Langhoff-Roos, J., & FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. (2019). FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology. *Int J Gynaecol Obstet*, 140(3), 265–273. <https://doi.org/doi:10.1002/ijgo.12407>
- Lisonkova, S., Tan, J., Wen, Q., Abdellatif, L., Richter, L., Alfaraj, S., Yong, P., & Bedaiwy, M. (2019). Temporal trends in severe morbidity and mortality associated with ectopic pregnancy requiring hospitalisation in Washington State, USA: a populationbased study. *BMJ*, 9. <https://doi.org/doi:10.1136/bmjopen-2018-024353>
- Panelli, D., Phillips, C., & Brady, P. (2015). Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. *Fertil Res Pract*, 1(15). <https://doi.org/doi:10.1186/s40738-015-0008-z>
- Pereira, P., Cabar, F., & Gomez, U. (2019). Pregnancy of unknown location. *Clinics (Sao Paulo)*. <https://doi.org/doi:10.6061/clinics/2019/e1111>. PMID: 31618321
- Reyes-Sepúlveda, H., Soto-Fuenzalida, G., Pérez-Rodríguez, R., SepúlvedaMalec, R., García-Rodríguez, C., GarcíaRodríguez, L., Fernández-Gómez, A Espino-Rodríguez M, Muñoz-Reyes P, Castro-Varela, A., & García-Márquez, G. (2019). Tratamiento multidisciplinario de pacientes con acretismo placentario. *Ginecol Obstet Mex*, 87(11), 726–733. <https://doi.org/https://doi.org/10.24245/gom.v87i11.3435>
- Rivera, C., Soto, M., Díaz, V., Espinoza, P., Merino, C., & Silva, S. (2020). Experiencia y

manejo del embarazo ectópico cervical: Revisión del tema. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 85(5), 460–467.

Satoru, T., Jun, T., Takash, Iy., Koshiishi, & Taro. (2019). *A Minimally Invasive Hemostatic Strategy for Cesarean Scar Pregnancy and Cervical Pregnancy*. 0(Inteckopen), 1–14. <https://doi.org/DOI: http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.89666>

Tulandi, T. (2020a). EMBARAZO CERVICAL. In *UpToDate*. http://uptodate.searchbox.science/contents/cervical-pregnancy?search=ectopico+cervical&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

Tulandi, T. (2020b). Embarazo ectópico. In *UpToDate* (Recuperado). http://uptodate.searchbox.science/contents/ectopic-pregnancy-epidemiology-risk-factors-and-anatomic-sites?search=embarazo+ectopico&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2#H1

Véliz, F., Núñez, A., & Selman, A. (2018). Acretismo placentario: Un diagnóstico emergente. Abordaje quirúrgico no conservador. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 83(5), 513–526.

Verhaegen, J., Gallos, I., Van Mello, N., Abdel-Aziz, M., Takwoing, Y., Harb, H., Deeks, J., & WJ, M. (2012). Accuracy of single progesterone test to predict early pregnancy outcome in women with pain or bleeding: meta-analysis of cohort studies. In *BMJ* (p. 345). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23045257/>

Viera Hernandez, M., Molina Peñate, L., & Tapia Llody, G. (2017). Embarazo ectópico cervical. *Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia*, 43(3). <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/241/187>

8 INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA

Anexo 1

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

(Beck et al., 2011)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo....
Ocupación..... Educación:.....Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. **Tristeza**

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. **Pesimismo**

0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.

1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.

2 No espero que las cosas funcionen para mí.

3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. **Fracaso**

0 No me siento como un fracasado.

1 He fracasado más de lo que hubiera debido.

2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.

3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.

1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.

2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.

3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 No siento que yo no sea valioso

1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía que la que solía tener.

2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a. Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual

3^a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:.....