Hospital Ginecoobstétrico “Ramón González Coro”

Embarazo ectópico cervical. Presentación de un caso

Dr. Raimundo Capote Arce,¹ Dra. Lourdes Carrillo Bermúdez,¹ Dr. Roberto Guzmán Parrado,²
Dr. Joel Varona² y Dra. Martha Mohamed Abdelaziz³

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 35 años de edad (gesta 3, para 3) con amenorrea de 8 sem y sangramiento vaginal acompañado de dolor en bajo vientre. Al tacto bimanual se encuentra tumoración blanda de 10 cm a nivel de cuello, orificio cervical externo (OCE) cerrado, y sangramiento escaso. Se observa con la ultrasonografía cuerpo uterino pequeño, contiguo al orificio cervical interno, tumoración redondeada con múltiples ecos en su interior y embrión de 40 mm sin latido cardíaco. Se realiza ligadura de arterias hipogástricas e histerectomía.

Palabras clave: Embarazo ectópico, ultrasonografía.

El embarazo ectópico cervical es una complicación rara, su frecuencia es de 1 entre 1 800 a 2 500 embarazos; representa 0,07 a 0,1 % de todos los embarazos ectópicos.^{1,2} El embarazo cervical resulta de la implantación del trofoblasto en el canal cervical, región que al no tener en su pared la capa media plexiforme, no se produce la contracción del tejido que cierra los vasos y logra el control de los sangrados, dicha entidad por tanto representa una verdadera urgencia obstétrica.^{3,4}

La etiología de este tipo de embarazo es desconocida; algunos autores refieren factores relacionados. *Studolsford* propuso la posibilidad de un transporte rápido del óvulo fertilizado, que causa su ingreso al canal cervical antes de poder anidar.⁵ *Paciente* y otros sostienen que el daño de la línea endometrial podría hacerla inapropiada para su nidación y favorecer la implantación cervical.⁶ *Sonmez* y otros refieren que la edad avanzada y la multiparidad podrían resultar en incompetencia del orificio cervical interno.⁷ El mecanismo de sangrado en el embarazo ectópico cervical se debe a que las mucosas endo y exocervicales no pueden producir reacción decidua efectiva. Además, el cérvix con su escaso 15 % de músculo liso no puede alcanzar una hemostasia mecánica efectiva ni responder a los fármacos uterotónicos.

Para el embarazo ectópico cervical existen criterios clínicos, ultrasonográficos y anatomopatológicos específicos.

En 1911, *Rubin* estableció los primeros criterios anatomopatológicos:^{8,9}

1. Las glándulas cervicales deben estar en oposición a la inserción placentaria.
2. La inserción placentaria en el cérvix debe ubicarse por debajo de los vasos uterinos, o por debajo de la angulación peritoneal de la superficie anterior y posterior del útero.
3. No debe haber elementos fetales en la cavidad uterina.

Palman y Mc Elin propusieron 5 criterios clínicos:¹⁰ Hemorragia uterina sin calambres luego de un periodo de amenorrea.

1. Cérvix blando y agrandado cuyo tamaño es igual o mayor que el fondo del útero (útero en forma de reloj de arena)
2. Producto de la concepción totalmente limitado adentro y firmemente adherido al endocérvix.
3. Orificio cervical interno cerrado.
4. Orificio externo parcialmente abierto.

Los criterios ultrasonográficos son: ^{11,12} Cavidad uterina libre de ecos o presencia de un saco gestacional falso.

1. Transformación decidual de la pared uterina.
2. Estructura difusa de la pared uterina.
3. Forma del útero en reloj de arena.
4. Conducto cervical globoso.
5. Saco gestacional en el endocérvix.
6. Tejido placentario en el conducto cervical.
7. Orificio cervical interno cerrado.

El tratamiento más generalizado del embarazo ectópico cervical es el quirúrgico, por la gran hemorragia que produce y casi siempre termina con la ligadura de la arterias hipogástricas o histerectomía. Recientemente se ha puesto en práctica un tratamiento más conservador del embarazo ectópico, con el uso del metotrexate.

Las opciones de tratamiento dependerán del estado hemodinámico de la paciente, la presencia o no de hemorragia cervical, paridad y de la edad gestacional y vitalidad del embrión.

Caso clínico

Paciente de 35 años de edad, sana, con antecedentes obstétricos de 3 partos. Ingresó en el Servicio de ginecología del hospital materno “Ramón González Coro” al cual acudió por presentar dolor en bajo vientre, sangramiento, y amenorrea de 7 sem. Trae ultrasonido del día anterior que informa: útero cuya cavidad en fondo está dilatada, hacia segmento inferior, imagen compleja que en su interior contiene embrión macerado que mide 38 mm, para 11 semanas. Se realiza nuevamente examen vaginal: especulo: cuello de múltipara con OCE cerrado y por encima tumoración que abomba y ocupa fondo de saco anterior. Tacto vaginal: tumoración blanda de 10 cm. A nivel de cuello, OCE cerrado, sangramiento escaso. Se repite examen ecográfico ante la sospecha de embarazo ectópico cervical confirmándose el mismo, Se observa cuerpo uterino pequeño contiguo al orificio cervical interno tumoración redondeada con múltiples ecos en su interior y embrión de 40 mm sin latido cardíaco. Longitud del útero 140 mm

Por tener la paciente satisfecho los deseos de reproducción, y la posibilidad de sangramiento intenso por la localización y el tamaño de la tumoración, se decide realizar ligadura de las arterias hipogástricas, seguida de histerectomía total abdominal. No existieron complicaciones en el acto quirúrgico ni en el poso peroperatorio.

COMENTARIOS

El cérvix es un sitio raro 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. Puede haber hemorragia profusa si la placenta se confunde con un tumor y se realiza biopsia; también puede confundirse con aborto espontáneo en el cual el producto de la concepción queda retenido en el canal endocervical.

Dado que un verdadero embarazo cervical es incompatible con un feto viable, la implantación anormal en general produce síntomas durante el primer trimestre. El manejo del embarazo cervical está en relación estrecha con la edad gestacional, condiciones clínicas y paridad de la paciente. En la literatura se menciona una serie de pautas terapéuticas que comprenden cerclaje cervical, taponamiento cervical mecánico, embolización arterial uterina y uso coadyuvante de metrotexate. Estos tratamientos se han utilizado antes de las 8 sem de gestación. El embarazo ectópico cervical continua siendo un gran reto para el ginecoobstetra y para el personal médico encargado de los estudios complementarios de diagnóstico.

SUMMARY

Cervical pregnancy: A case presentation

We present a 35 year old patient, with a previous history of three pregnancies and three deliveries, complaining low abdominal pain 8 weeks after her last menstrual period. At the physical examination, a cervical tumour was found, the external cervical os was closed, and vaginal bleeding. The ultrasound examination showed small uterus, with a rounded tumour next to the internal cervical os, containing a 40mm embryo without cardiac activity. Abdominal hysterectomy was done.

Key words: Ectopic pregnancy, ultrasonography.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cano-López LML, Vital-Reyes VS, Alvarado-Cabrero I, Ferreira-Ríos A, Hinojosa-Cruz JC. Esterilidad primaria y embarazo cervical: a propósito de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:451-5.
2. Carson S, Buster J. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med* 1993; 329 (16); 1174-9.
3. Porcile A, San-Martín. Embarazo ectópico o ectociesis. *Ginecol Obstet Chile*1999:1-9.
4. Timor-Trisch I, Monteagudo A, Mandeville E, Peisner D, Parra-Anaya G, Pirrone E. Successful management of viable cervical pregnancy by local injection of methotrexate guided by transvaginal ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol* 1994;49: 169-85.
5. Studolsford WE. Cervical pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1945; 49:169-85.
6. Parente JT, Chau-su O, Levi J, Legatt E. Cervical pregnancy analysis. *Obstet Gynecol Surv* 1996; 52:45-59.
7. Suha-Sonmez A. Cervical pregnancy. *Act Obstet Gynecol Scand* 1994; 73:734-8.

8. Leeman L, Wendland C. Cervical ectopic pregnancy. Arch Fam Med 2000; 9:72-7.
9. Rubin IC. Cervical pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1945; 49:169-85.
10. Cunningham G, McDonald PC, Gant N, Levenok, Gilstrap L. Embarazo ectópico. En: Williams. Obstetricia. México: Masson; 1996. p. 679-706.
11. Centini G, Rosignoli L, Severi F. A case of cervical pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1994; 171:272-3.
12. Stawall T McCord. Pérdida temprana del embarazo y embarazo ectópico. En: Berek JS, Ed. Ginecología de Novak. México: McGraw-Hill-Interamericana; 1997. p. 487-523.

Recibido: 5 de abril de 2006. Aprobado: 24 de agosto de 2006.

Dr. *Raimundo Capote Arce*. Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro", Calle 21 entre 4 y 6, El Vedado, Ciudad de la Habana, Cuba.

¹Especialista de I grado en Ginecoobstetricia. Profesor Asistente.

²Especialista de I grado en Ginecoobstetricia. Profesor Instructor.

³Residente de Ginecoobstetricia.