

Diagnóstico y manejo conservador del embarazo ectópico cervical

Diagnosis and conservative management of cervical ectopic pregnancy

MSc. Dr. Miguel Alberto Aguilar Charara, MSc. Dr. Yovany Enrique Vázquez Martínez, MSc. Dra. Georgina Areces Delgado, Dra. Mayra de la Fuente Aguilar, MSc. Dra. Tania Tamayo Lien

Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro". La Habana. Cuba.

RESUMEN

Introducción: se define como embarazo ectópico cervical (EEC) a la implantación del huevo fertilizado a nivel del orificio cervical interno (OCI) o por debajo de él.

Objetivos: presentar un caso de embarazo ectópico cervical y su estrategia de tratamiento con el uso de methotrexate.

Métodos: se describe un caso de embarazo ectópico cervical de una paciente de 30 años de edad, nulípara, con gestación menor de 7 sem, diagnosticado en el Servicio de Urgencia del Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro" mediante ecografía transvaginal.

Resultados: el tratamiento se inició con methotrexate parenteral y local, y luego se asoció misoprostol por vía vaginal, como coadyuvante del tratamiento para posterior dilatación y legrado del canal cervical.

Conclusión: la paciente evolucionó favorablemente sin requerir otro tipo de intervención.

Palabras clave: embarazo ectópico cervical, ecografía transvaginal, methotrexate.

ABSTRACT

Introduction: it is defined as cervical ectopic pregnant (CEP) the implantation of the ovum fertilized at level of the internal cervical orifice (ICO) or underneath it.

Objectives: to present a case of cervical ectopic pregnancy and its treatment strategy with the use of methotrexate.

Methods: a case of cervical ectopic pregnancy is described in a patient aged 30, nullipara with a 7 weeks pregnancy diagnosed in the Emergency Service of the "Ramón González Coro" Gynecology and Obstetrics Hospital by transvaginal echography.

Results: treatment began with parenteral and local methotrexate and then Misoprostol by vaginal route was added as treatment adjuvant for a subsequent dilation and curettage of cervical channel.

Conclusion: The patient had a favorable evolution without another type of intervention.

Key words: cervical ectopic pregnancy, transvaginal echography, methotrexate.

INTRODUCCIÓN

Se define como embarazo ectópico cervical (EEC) a la implantación del huevo fertilizado a nivel del orificio cervical interno (OCI) o por debajo del mismo. Patología extremadamente rara, representa el 0,7-0,15 % del total de los embarazos ectópicos y se presenta con una frecuencia de 1:2 500 a 18 000 embarazos.

Si bien el embarazo ectópico (EE) se conoce desde el siglo XVII, su frecuencia se incrementó en la última década, probablemente debido al aumento de los tratamientos de fertilización y al daño tubárico por el aumento de las ITS.

Los factores de riesgo predisponentes incluyen legrado, síndrome de Asherman, parto previo por cesárea, cirugía previa en el cérvix o en el útero y fecundación *in vitro*.¹ Un retraso en el diagnóstico del embarazo ectópico cervical se asocia a morbilidad y mortalidad materna por hemorragia.

Gracias a las actuales técnicas ecográficas, el embarazo ectópico cervical se puede diagnosticar en las primeras etapas de su evolución al identificar un saco gestacional en el cuello uterino, y puede instaurarse un tratamiento conservador que permite preservar la fertilidad. Hace casi 2 décadas, el embarazo cervical a menudo se diagnosticaba erróneamente como un aborto incompleto y se trataba mediante dilatación y legrado, lo que después ocasionaba graves hemorragias. La histerectomía era el tratamiento de elección para salvar la vida a la paciente.²

En la actualidad, a menudo se utiliza el tratamiento conservador en este trastorno. Por ejemplo, methotrexate (MTX) y embolización de la arteria uterina, que dan como resultado la expulsión espontánea tardía del embarazo ectópico cervical.³

Kung y otros⁴ han descrito los criterios diagnósticos por ecografía del embarazo cervical, que incluyen:

- a) Identificación del saco gestacional o de la placenta dentro del cuello uterino.
- b) Embarazo intrauterino inexistente.
- c) Visualización de una línea endometrial normal.
- d) Útero en reloj de arena (en forma de ocho) con un canal cervical prominente.

e) Un saco con actividad cardíaca activa por debajo del orificio cervical interno, lo que indica un embarazo viable.

El embarazo cervical se confirma también al demostrar el "signo del deslizamiento" cuando se aplica presión suave sobre el cuello uterino con la sonda ecográfica durante la exploración transvaginal para descartar aborto en evolución con aborto retenido por un orificio cervical externo resistente.⁵

Palman y Mc Elin propusieron 5 criterios clínicos:

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

Rubin en 1911 estableció los criterios histológicos para el diagnóstico:

1. Presencia de glándulas cervicales frente al sitio de implantación.
2. Íntima fijación placentaria al cuello.
3. La placenta entera o una parte de ella debe estar por debajo de la entrada de los vasos uterinos, o de la reflexión del peritoneo.
4. No debe haber elementos embrionarios en el cuerpo uterino.

Criterios de clasificación ultrasonográfica de embarazo cervical (*Ushakov*)⁶

1. Saco gestacional en el endocérvix.
2. Presencia de una parte del canal intacto entre el saco y el OCI.
3. Invasión local del tejido endocervical por el trofoblasto.
4. Visualización de estructuras embrionarias o fetales en el saco gestacional ectópico y especialmente la demostración de actividad cardíaca.
5. Cavity uterina vacía.
6. Decidualización endometrial.
7. Útero en reloj de arena.
8. Observación con Doppler color del flujo arterial peritrofoblastico intracervical.

Caso clínico:

Paciente de 31 años de edad, con historia obstétrica G1 P0 A1, refirió antecedentes de sinequia cérvico-uterina posterior a la interrupción voluntaria del embarazo.

FUM: 28/XI/2009.

Fecha de ingreso: 25 / 01 /2010.

Motivo del ingreso: Opsomenorrea, síntomas subjetivos de embarazo, sangrado vaginal en manchas, mastalgia, no dolor.

Examen físico

Speculum: cérvix epitelizado, zona violácea en labio anterior hacia la hora 1-2.

Tacto vaginal bimanual: útero ligeramente aumentado de tamaño, cérvix reblandecido, anejos no tactables ni dolorosos.

Ecografía al ingreso en el servicio de urgencia informa: no embarazo intrauterino mayor de 5 sem, imagen compleja en proyección del fondo de saco de Douglas.

ID: sospecha de embarazo ectópico no complicado.

Confirmación del diagnóstico de embarazo ectópico cervical por ecografía transvaginal y flujometría vascular Doppler.

Se realizó la fracción b-hcg la cual fue cuantitativa por encima de 210 UI.

30/01/2010 se decide comenzar con Methotrexate parenteral (1 ciclo) intraovular, 50 mg, previa aspiración de líquido amniótico, además 25 mg en la infiltración trofoblástica zona violácea del cérvix (Fig. 1 y Fig. 2).

Las ecografías evolutivas estuvieron sin variación durante el tratamiento parenteral.

08/02/2010: se comenzó a emplear el methotrexate intraovular, 50 mg, previa aspiración de líquido amniótico, además 25 mg en la zona violácea del cérvix.

09/02/2010: se retira gasa vaginal.



Fig. 1. Ecografía transvaginal, corte sagital, obsérvense las diferentes estructuras y la localización del saco gestacional.

10/02/2010: se observa desprendimiento corial e irregularidad del saco gestacional.

10/02/2010: se administran 400 mcg de Misoprostol por vía vaginal.

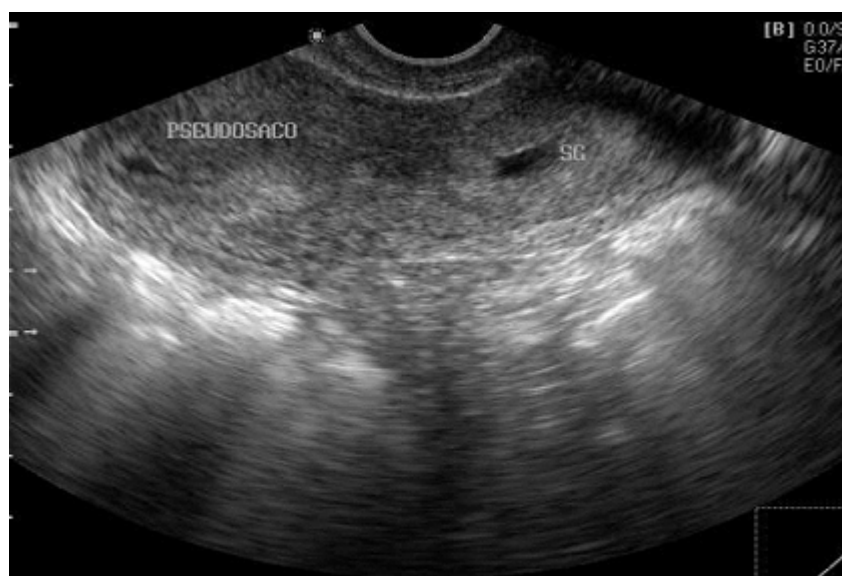


Fig. 2. Ecografía transvaginal, corte sagital, obsérvese la presencia de pseudosaco gestacional.

11/02/2010: misoprostol vaginal y desaparecen las señales vasculares del cérvix.

12/02/2010: misoprostol 400 mcg vaginal.

13/02/2010: dilatación cervical. Se expulsa saco gestacional integro, sangrado escaso. Se realiza legrado de cavidad.

15/02/2010: ecografía evolutiva donde se aprecian coágulos a nivel de cérvix, se realiza dilatación cervical.

16/02/2010: se decide el alta hospitalaria de la paciente y seguimiento por consulta.

Su evolución en los 6 meses posteriores fue satisfactoria y se da alta del seguimiento.

DISCUSIÓN

El EEC es una forma inhabitual de presentación del embarazo ectópico, y se asocia a una significativa morbilidad y mortalidad e importante compromiso de la fertilidad futura. Representa menos del 1 % de todos los embarazos ectópicos. Se estima una incidencia de 1 en 1 000 a 18 000 embarazos.

El cérvix es un sitio anómalo y peligroso de implantación placentaria, porque el trofoblasto puede penetrar a través de la pared cervical o hacia la irrigación uterina. La gestación cervical con frecuencia se confunde con un proceso neoplásico, debido a la marcada vascularidad y el aspecto friable del cérvix.

El manejo del embarazo cervical está en relación estrecha con la edad gestacional, condiciones clínicas y paridad de la paciente. Por muchos años la histerectomía fue el tratamiento de elección utilizado para controlar la hemorragia masiva y salvar la vida de la paciente. Con el desarrollo de modernas técnicas de diagnóstico este puede ser hecho en edades gestacionales más precoces, permitiendo un tratamiento conservador, entre estos podemos describir: quimioterapia,

prostaglandinas, resección histeroscópica, ligadura de arterias hipogástricas, embolizaciones arteriales, inyecciones intraamnióticas y cerclaje cervical.

Por vez primera se pudo realizar el seguimiento ecográfico de un embarazo ectópico cervical, puesto que los anteriores constituyeron urgencias ginecológicas. Teniendo en cuenta el diagnóstico precoz y la necesidad de conservar la capacidad reproductiva de la paciente, se decidió utilizar tratamiento conservador del mismo con methotrexate como droga de elección. Aunque conocemos la composición del cérvix al inicio del embarazo decidimos utilizar prostaglandinas por vía vaginal como coadyuvante del tratamiento inicialmente propuesto, sabiendo que no existen publicaciones que asocien estos medicamentos para el tratamiento del mismo. No obstante, decidimos realizar la dilatación y el legrado de cavidad para garantizar una mejor hemostasia.

Esta paciente tratada exitosamente demuestra la importancia del uso de la ecografía transvaginal en el servicio de urgencia, haciendo posible el diagnóstico precoz del embarazo ectópico cervical, que permite optar por alternativas de tratamiento conservador, tal como el uso inicial de methotrexate.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Verma U, Maggiorotto F. Conservative management of second-trimester cervical ectopic pregnancy with placenta percreta. *Fertil Steril*. 2006;87(3):697,e13-6.
2. Starita A, Di Miscia A, Evangelista S. Cervical ectopic pregnancy: Clinical review. *Clin Exp Obstet Gynecol*. 2006;33:47-9.
3. Einarsson JI, Michel S, Young AE. Delayed spontaneous expulsion of a cervical ectopic pregnancy: a case report. *J Minim Invasive Gynecol*. 2005;12:165-7.
4. Kung FT, Lin H, Hsu TY. Differential diagnosis of suspected cervical pregnancy and conservative treatment with the combination of laparoscopy-assisted uterine artery ligation and hysteroscopic endocervical resection. *Fertil Steril*. 2004;81:1642-9.
5. Jurkovic D, Hackett E, Campbell S. Diagnosis and treatment of early cervical pregnancy: a review and a report of two cases treated conservatively. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 1996;8:373-80.
6. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: Past and future. *Obstet Gynecol Surv*. 1997;52:45.

Recibido: 14 de octubre de 2011.

Aprobado: 30 de octubre de 2011.

Miguel Alberto Aguilar Charara. Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro".
Calle 21 entre 4 y 6. Vedado. La Habana. Cuba. Correo electrónico:
miguel.aguilar@infomed.sld.cu