

CASO CLÍNICO

CASE REPORT

1. Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España
 - a. Facultativo especialista en Obstetricia y Ginecología del Instituto de Salud de la Mujer
 - b. Director del Instituto de Salud de la Mujer
 - c. Jefe de Servicio del Instituto de Salud de la Mujer, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

No existen conflictos de interés

No hay fuentes de financiamiento.

Recibido: 28 abril 2019

Aceptado: 30 junio 2019

Publicación *online*: 31 octubre 2019

Correspondencia:

Estefanía Ruipérez Pacheco

📍 Dirección Postal. C/ Profesor Martín Lagos s/n C.P: 28040 Madrid

☎ 646-580-906

✉ estefaniaruipez@yahoo.es

Citar como: Ruipérez Pacheco E, Gutiérrez Alaguero A, Brenes Sánchez JM, Asenjo de la Fuente E, Coronado Martín P, Herráiz Martínez MA. Embarazo ectópico cervical. Reporte de un caso. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(4): DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2213>

Embarazo ectópico cervical. Reporte de un caso

Cervical ectopic pregnancy. A case report

Estefanía Ruipérez Pacheco^{1,a}, Alicia Gutiérrez Alaguero^{1,a}, Juana María Brenes Sánchez^{1,a}, Eloy Asenjo de la Fuente^{1,a}, Pluvio Coronado Martín^{1,a}, Miguel Ángel Herráiz Martínez^{1,cc}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v65i2213>

ABSTRACT

Cervical ectopic gestation is extremely rare, currently representing 0.1% of ectopic pregnancies. There is a high risk of bleeding due to the proximity between the uterine arteries and the cervix. In most cases, late diagnosis is associated with heavy bleeding and high mortality. We present a case of ectopic cervical pregnancy conservatively managed with intramuscular methotrexate, and we review the literature regarding diagnosis and treatment.

Key words: Pregnancy, ectopic.

RESUMEN

La gestación ectópica cervical es una patología extremadamente rara, representando actualmente el 0,1% del total de los embarazos ectópicos. Conlleva riesgo muy alto de sangrado, debido a la proximidad entre las arterias uterinas y el cérvix. En la mayoría de las ocasiones se realiza un diagnóstico tardío asociado a un sangrado abundante que produce alta mortalidad. Se presenta un caso de gestación ectópica cervical, tratado de manera conservadora con metotrexato intramuscular, y se revisa la literatura respecto a su diagnóstico y tratamiento.

Palabras clave. Embarazo ectópico.



INTRODUCCIÓN

La gestación ectópica cervical es una patología extremadamente rara, representando el 0,1% del total de los embarazos ectópicos⁽¹⁾. Conlleva riesgo muy alto de sangrado, debido a la proximidad entre las arterias uterinas y el cérvix. En la mayoría de las ocasiones se realiza un diagnóstico tardío asociado a una hemorragia incoercible que produce alta morbimortalidad.

En 1817, Schneider describió por primera vez un embarazo ectópico cervical, pero no fue hasta 1860 cuando Rokitansky acuñó el término. En 1911, Rubin publicó los primeros cuatro criterios histológicos para el diagnóstico del ectópico cervical y, en 1959, Paalman y McElin describieron los criterios clínicos de diagnóstico.

Los factores de riesgo del embarazo ectópico cervical incluyen el legrado uterino, el síndrome de Asherman, la cesárea, cirugía cervical previa y las técnicas de reproducción asistida.

Antiguamente, el único tratamiento para el ectópico cervical era la histerectomía, que conllevaba mortalidad materna de hasta 50%⁽²⁾. En la actualidad, los avances en el empleo de la ecografía permiten realizar un diagnóstico precoz y tratamiento conservador⁽²⁻⁴⁾, quirúrgico como el taponamiento intracervical después de legrado endocervical, cerclaje cervical, angio-embolización de las arterias uterinas, legrado endocervical e inyección local de prostaglandinas, resección histeroscópica y ligadura bilateral de las arterias uterinas o hipogástricas, y opciones farmacológicas como la administración local o sistémica de metotrexato⁽⁴⁾. Con el manejo conservador se ha logrado reducir la mortalidad hasta el 6%⁽²⁾, además de permitir preservar la fertilidad.

Se presenta el caso de una paciente con gestación ectópica cervical, diagnosticada de manera precoz y tratada con cirugía conservadora -legrado evacuador guiado mediante ecografía junto con puntos hemostáticos paracervicales y taponamiento intracervical- y tratamiento farmacológico con metotrexato intramuscular, habiéndose revisado la literatura respecto a su diagnóstico y tratamiento.

CASO CLÍNICO

Paciente de 40 años, gestante de 8 semanas, sin antecedentes personales de interés. Los antecedentes obstétricos eran G2A1 y aborto bioquímico. La gestación actual fue conseguida de manera espontánea. La paciente acudió al servicio de urgencias del Hospital Clínico San Carlos por dolor en hipogastrio y sangrado genital de varios días de evolución en cantidad menor a una menstruación, que había aumentado en las últimas horas. Durante su estancia en urgencias la paciente sufrió un episodio de síncope, secundario al sangrado y al dolor.

Al explorar a la paciente se objetivó sangrado en cantidad igual a una menstruación, con el orificio cervical externo parcialmente abierto y el orificio cervical interno cerrado. El cérvix era blando y agrandado, intensamente doloroso a la movilización. En la ecografía (figura 1 A y B) se objetivaba el útero en forma de reloj de arena.

FIGURA 1. A y B. IMÁGENES ECOGRÁFICAS EN LAS QUE SE OBJETIVA UN EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL.





La cavidad endometrial albergaba una mucosa deciduizada. El canal endocervical estaba distendido por un saco gestacional. El cérvix tenía forma de barril. Ausencia de señal deslizante (*sliding sign*). Ambos ovarios aparecían normales, el izquierdo con imagen compatible con cuerpo lúteo.

Dada la inestabilidad hemodinámica de la paciente, se decidió realizar legrado evacuador guiado mediante ecografía, ya que la paciente había manifestado deseos genésicos. Durante la intervención se objetivó abundante sangrado cervical, siendo necesario transfundir 5 concentrados de hemáties. Para el cese del sangrado fue necesario administrar oxitocina y metilergometrina intravenosas, puntos paracervicales y dejar un taponamiento intracervical por 24 horas. Durante el postoperatorio fue necesaria la administración de otro concentrado de hemáties. La paciente salió de alta hospitalaria a las 48 horas poslegrado.

Se realizó ecografía de control (figura 2 A y B) e histeroscopia diagnóstica a las 4 semanas, la

FIGURA 2. A y B. CORTES ECOGRÁFICOS DE LA ECOGRAFÍA DE CONTROL.



cual informaba de canal endocervical y músculo de istmo-cérvix ocupado por formación heterogénea de aproximadamente 50 x 41 mm, vascularizada, que quedaba a pocos milímetros de la serosa y que podría corresponder a tejido corial. Dado que persistía la gonadotropina coriónica humana β (β -hCG) en sangre elevada, de manera consensuada con la paciente se optó por manejo conservador con metotrexato intramuscular, siendo necesaria la administración de dos dosis para alcanzar niveles de β -hCG en sangre negativos, consiguiéndose resolución ecográfica de la imagen cervical (figura 3).

DISCUSIÓN

El diagnóstico precoz y el manejo conservador del embarazo ectópico cervical, como en el caso presentado, supone un reto para los ginecólogos. La gestación ectópica cervical exige rápida capacidad resolutoria, dado que es un problema predominante en la edad fértil, y si no se le diagnostica de manera precoz y se realiza un tratamiento adecuado, se puede ver afectada la capacidad reproductiva de la paciente e incluso se puede poner en riesgo su vida.

El tratamiento ideal sería aquel que produjese disminución rápida de la β -hCG y que permitiese conservar la capacidad reproductiva de la paciente.

El diagnóstico clínico adecuado, con empleo de las técnicas ultrasonográficas actuales⁽⁵⁾, constituyen las principales herramientas para realizar un diagnóstico precoz.

En 1911, Rubin describió los criterios para el diagnóstico anatómo-patológico del embarazo ectópico cervical: feto/embrión fuera del cuerpo del útero, glándulas cervicales frente a la

FIGURA 3. IMAGEN ECOGRÁFICA CON RESOLUCIÓN DE LA COMPLICACIÓN.





implantación de la placenta, íntima unión de la placenta con el cuello uterino y placenta situada por debajo de la entrada de los vasos uterinos⁽²⁾.

Posteriormente, en 1959, Paalman y McElin propusieron los criterios clínicos de diagnóstico: sangrado vaginal indoloro, orificio cervical interno cerrado y orificio cervical externo parcialmente abierto, cérvix blando y aumentado de volumen, llegando a tener una longitud mayor que la del cuerpo del útero (signo también conocido como útero en forma de reloj de arena) y embrión en endocérvix.

Hoffman propuso los siguientes criterios ecográficos necesarios para el diagnóstico de embarazo ectópico cervical: saco gestacional en el cuello uterino sin evidencia de embarazo intrauterino, visualización del eco endometrial, forma uterina en reloj de arena y orificio cervical interno cerrado⁽⁶⁾.

Con respecto al tratamiento conservador, se ha consensuado que los casos de embarazo ectópico cervical con concentraciones de gonadotropina coriónica mayor de 10 000 mUI/mL, edad gestacional mayor a nueve semanas, actividad cardíaca embrionaria y longitud céfalo-caudal mayor a 10 mm, tienen mayor riesgo de fracaso del tratamiento^(7,8). No obstante, no suponen una contraindicación absoluta para el tratamiento conservador, siendo actualmente el tratamiento médico con metotrexato con guía ecográfica la terapia más adecuada cuando el embrión sobrepasa las nueve semanas.

Se han descrito muchas técnicas para el tratamiento conservador del embarazo ectópico cervical^(6,9). Actualmente, el más extendido es la combinación de aplicación sistémica de metotrexato a dosis de 1 mg/kg de peso corporal y la embolización selectiva de las arterias uterinas o dilatación y legrado endocervical⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. Los últimos estudios encuentran que el tratamiento conservador puede disminuir la mortalidad y la necesidad de histerectomía en la mayoría de los casos⁽¹⁵⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parker VL, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2016 Jul;294(1):19-27. doi.org/10.1007/s00404-016-4069-y.

2. Samal SK, Rathod S. Cervical ectopic pregnancy. *J Nat Sci Biol Med*. 2015; Jan-Jun;6(1):257-60. doi: 10.4103/0976-9668.149221.
3. Hosni M M, Herath RP, Mumtaz R. Diagnostic and therapeutic dilemmas of cervical ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2014 May;69(5):261-76. doi: 10.1097/OGX.0000000000000062.
4. Kim TJ. Clinical outcomes of patients treated for cervical pregnancy with or without methotrexate. *J Korean Med Sci*. 2004 Dec;19(6):848-52. doi: 10.3346/jkms.2004.19.6.848.
5. Dibble E, Lourenco A. Imaging unusual pregnancy implantations: Rare ectopic pregnancies and more. *AJR Am J Roentgenol*. 2016 Dec;207(6):1-13. doi:10.2214/AJR.15.15290.
6. Boza A, Boza B, Api M. Cesarean scar pregnancy managed with conservative treatment. *Iran J Med Sci*. 2016 Sep;41(5):450-5. Doi:10.1016/S0020-7292(02)00018-8.
7. Kirk E, Condous G, Haider Z, Syed A, Ojha K, Bourne T. The conservative management of cervical ectopic pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2006 April;27(4):430-7. doi: 10.4103/0976-9668.149221.
8. Moon HS, Hyun JH, Kim KS, Kim HJ, Moon SE, Koo JS. Use of Touhy needle for intraamniotic methotrexate injection through the cervical canal in a cervical pregnancy after failure of systemic methotrexate treatment. *Am J Obstet Gynecol*. 2010 May;202(5):e4-6. doi.org/10.1016/j.ajog.2010.01.081.
9. Mouhajer M, Obed S, Okpala A. Cervical ectopic pregnancy in resource deprived areas: A rare and difficult diagnosis. *Ghana Med J*. 2017 Jun;51(2):94-7. doi.org/10.4314/gmj.v51i2.8.
10. Xiaolin Z, Ling L, Chengxin Y, Yiqing T, Jun W, Yan C, Guangxi T. Transcatheter intraarterial methotrexate infusion combined with selective uterine artery embolization as a treatment option for cervical pregnancy. *J Vasc Interv Radiol*. 2010 Jun;21(6):836-41. doi.org/10.1016/j.jvir.2010.02.013.
11. Yu B, Douglas NC, Guarnaccia MM, Sauer MV. Uterine artery embolization as an adjunctive measure to decrease blood loss prior to evacuation a cervical pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2009 May;279(5):721-4. doi.org/10.1007/s00404-008-0775-4.
12. Timor-Tritsch IE, Cali G, Monteagudo A, Khatib N, Berg RE, Forlani F, Avizova E. Foley balloon catheter to prevent or manage bleeding during treatment for cervical and cesarean scar pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2015 Jul;46(1):118-23. Doi:10.1002/uog.14708.
13. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Bennett TA, Foley C, Ramos J, Kaelin Agten A. A new minimally invasive treatment for cesarean scar pregnancy and cervical pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Sept;215(3):351. e1-8. 4. doi: 10.1016/j.ajog.2016.03.010.
14. Solís H, Ramos P, Jefferson L. Embarazo ectópico cervical tratado con metotrexate. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 1997 Jun;43(2):167-9. doi.org/10.31403/rpgo.v43i1062.
15. Usha V, Diana I, Kathleen B. Conservative management of nontubal ectopic pregnancies. *Fertil Steril*. 2011 Sept;96(6):1391-5. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.09.021.