

Embarazo Ectópico Cervical. Reporte de un Caso.

Carlos Alberto Orduño-Duarte*

Felipe Méndez-Velarde**

Hugo Valenzuela-Islas***

RESUMEN

En el pasado el embarazo cervical era una forma rara de gestación ectópica. En 1966 se estimó la incidencia de 1 de cada 18,000 embarazos. En la actualidad es aun menos común pero la incidencia parece estar aumentando, (1 en 1000 a 2500), en parte debido a las formas más nuevas de reproducción asistida, pero especialmente después de la fertilización in vitro y de la transferencia de embriones. En este estudio se presenta un caso de embarazo ectópico cervical sin presentar aparentemente ningún factor de riesgo para el mismo y el cual no presentó complicaciones poslegrado.

Palabras Clave: Embarazo ectópico cervical, tratamiento conservador.

ABSTRACT

In the past years the cervical pregnancy was an uncommon shape of ectopic gestation. In 1966 the incidence was in 1 of each 18,000 pregnancies. Actually is less common but the incidence seem to be increasing, (1 in 1000 to 2500), in part due to the most news shape of attend reproduction, but especially after fertilization in Vitro and the embryo transference. In this study present a case of cervical ectopic pregnancy without risk factor to have one and which one didn't present post-curettage complications.

Key Words: Cervical Ectopic Pregnancy, preservative treatment.

INTRODUCCIÓN

En el pasado el embarazo cervical era una forma rara de gestación ectópica. Dees (1966), estimó la incidencia en 1 de cada 18,000 embarazos. Constituye el 1% de todos los embarazos ectópicos^{1,2}. En la actualidad es aun menos común (1 en 1000 a 2500)² pero la

incidencia parece estar aumentando, en parte debido a las formas más nuevas de reproducción asistida, pero especialmente después de la fertilización in vitro y de la transferencia de embriones.

El embarazo cervical, así como el ovárico, el recientemente reportado a nivel de la cicatriz de cesárea y el de sitios distantes son extremadamente raros pero con una morbimortalidad alta³.

En un caso típico el endocervix es erosionado por el trofoblasto y el embarazo continua desarrollándose en la pared cervical fibrosa. La duración del emba-

* Residente 4to. Año de Ginecología y Obstetricia. HIMES.

** Jefe Enseñanza de Ginecología y Obstetricia. HIMES. Titular Académico de la UNAM.

*** Adscrito Servicio Ginecología y Obstetricia HIMES.

razo depende del sitio de implantación del embrión: cuanto más alto se implante en el canal cervical más capacidad tendrá para crecer y producir hemorragia⁴. El objetivo de esta comunicación es presentar un caso de embarazo ectópico cervical que no requirió de manejo radical más que realizar legrado uterino instrumentado y sin presentar complicaciones.

CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años de edad enviada de Magdalena, Sonora. **Antecedentes Gineco-Obstetricos:** menarca a los 14^a con ritmo de 28X5 eumenorreica, con inicio de vida sexual a los 18 años con 2 parejas sexuales de aparente bajo riesgo, Gest 2 Cesárea 1 hace 9 años por DCP, método anticonceptivo hormonal inyectable mensual (perlutal) ultima aplicación en abril del 2007, Papanicolaou en febrero 2007 negativo a malignidad. **Antecedentes Heredofamiliares:** sin importancia.

Antecedentes Patológicos negados.

Padecimiento Actual: Refiere la paciente que desde hace 1 semana presenta sangrado transvaginal por lo que se la había manejado como amenaza de aborto, se le realizó rastreo ultrasonográfico no encontrando saco gestacional, por lo que se citó en una semana para nuevo ultrasonido, pero acudió por presentar sangrado transvaginal abundante, con coágulos, por lo que se le realiza nuevo ultrasonido donde se encuentra datos sugestivos de embarazo cervical con embrión vivo de 3 mm y poca reacción decidual, diagnóstico de embarazo ectópico cervical por lo que se envía a nuestra unidad para manejo.

Al llegar a la paciente refiere solo escaso sangrado transvaginal, no otra sintomatología agregada.

Exploración Física: Vitales normales, Cardiorespiratorio sin compromiso, abdomen blando depresible sin algias ni visceromegalias, ni datos de irritación peritoneal, genitales externos sin alteraciones aparentes, al Tacto Vaginal cérvix central con orificio cervical externo dehiscente y orificio cervical interno cerrado, sin dolor a la movilización de cérvix, fondos de saco libres sin abombamiento, útero en AVF de 11X5cm aproximadamente, no masas anexiales. Resto de exploración normal.

Ultrasonido (8.06.07), rastreo USG en tiempo real con transductor convexo de 4 MHz y endocavitario de 7 MHz, en región pélvica con abordaje transabdominal y transvaginal con los siguientes hallazgos: **Útero:** aumentado de tamaño en forma moderada (91X51X61 en sus ejes mayores) presencia de saco gestacional, con implantación a nivel de canal cervical, de forma alargada, bordes regulares, con dimensiones aproximadas de 29X9X11

mm con promedio de 16 mm, presencia de un embrión en su interior con longitud cráneo cauda de aproximadamente 3mm, con cardioactividad (85lpm) (Figuras 1 y 2).

Se observa reacción decidual de baja ecogenicidad nivel uterino con grosor aproximado de 16mm sin zonas que sugieran colecciones hemáticas. A nivel del cérvix se observa aumento de ecogenicidad en relación a la pared posterior del saco, (Figura 3).

El orificio cervical externo se observa aproximadamente a 6 mm del borde inferior del saco gestacional. Ovarios sin alteraciones.

Conclusión: embarazo único vivo, ectópico localización cervical aproximadamente 6 semanas por longitud cráneo cauda.

Se realiza nuevo **ULTRASONIDO** el cual reporta (8.06.07 19:48hr), **Útero** es central, aumento discreto de volumen en relación a lo esperado por la FUM, su forma y ecogenicidad y contornos son normales. En la cavidad uterina, hacia el cuello se identificó un saco gestacional alargado, con bordes íntegros, no datos de sangrado epicorionico, con medida de 1.11 cm aproximadamente, (Figura 4).

Producto único sin movimientos fetales ni datos de flujo por doppler color actualmente, con longitud cráneo cauda de 0.44 cm en relación a 6 semanas con 1 día (Figura 5).

En topografía de anexos y el fondo de saco de Douglas no presentaron particularidades patológicas. Impresión Diagnóstica: saco gestacional de 6 semanas hacia el cuello, con embrión en su interior sin datos de movimientos ni flujo por doppler color actualmente por este método.

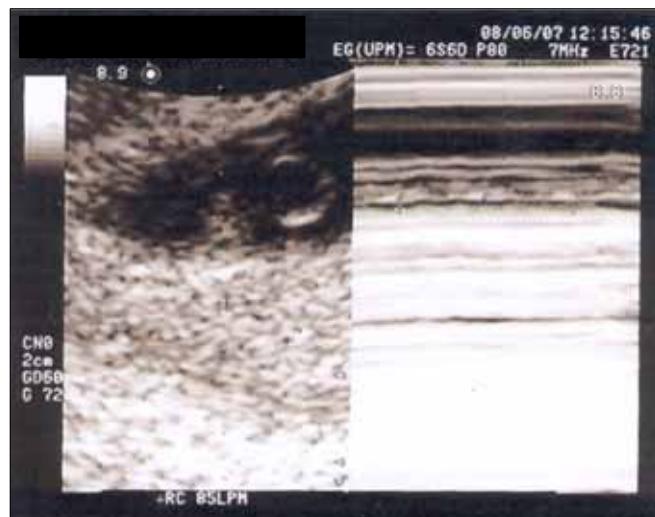


Figura 1.- Saco Gestacional con embrión que corresponde a 6.1 semanas con frecuencia cardiaca fetal.



Figura 2.- Saco Gestacional donde se observa embrión con longitud céfalo-caudal correspondiente a 6 semanas de gestación. Observese tambien saco vitelino.



Figura 3.- Se observa cuerpo de útero vacío y Saco Gestacional hacia cérvix. Donde se observa saco vitelino.



Figura 4.- Se observa hacia el cuello uterino Saco Gestacional y en fondo del útero vacío.

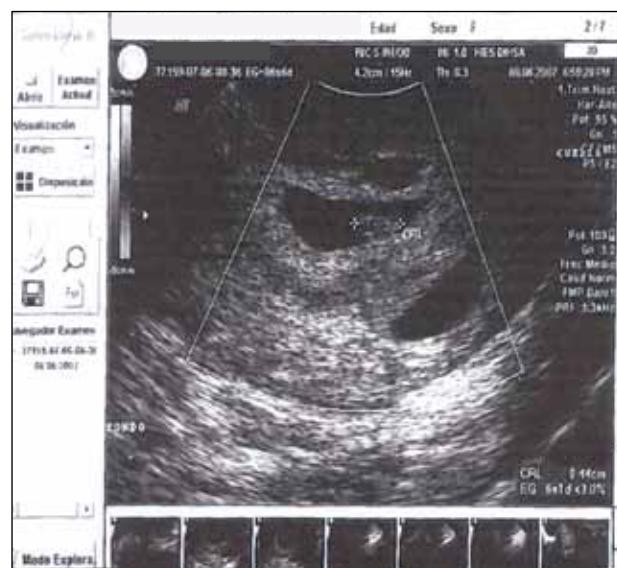


Figura 5.- Longitud cráneo-caudal de embrión correspondiente a 6.1 semanas.

Con lo anterior se decide traslado a quirófano para realizar legrado uterino instrumentado, tomando las medidas necesarias por si se requiere realizar histerectomía. Se coloca la paciente en posición de litotomía, asepsia y antisepsia de región genito-perineal, se colocan campos estériles y Bajo anestesia endovenosa se realiza exploración bimanual encontrando útero en AVF de 11X5 cm bordes regulares, cérvix permeable en todo su trayecto, fondos de saco libres sin abombamiento, no masas anexiales, se coloca valva se localiza cérvix se pinza con Possy y se extrae material ovulo-placentario con pinza de anillos y se continua con curetaje con legra cortante No. 6, en sentido horario hasta negativizar, no se presenta ninguna complicación durante el legrado, histerometría indirecta 10 cm, se retira material empleado y se pasa paciente a sala de recuperación estable y sin sangrado transvaginal.

Se mantiene en vigilancia durante un día más y se procede a su egreso por adecuada evolución.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico cervical es una forma rara de gestación ectópica, la cual presenta una incidencia de 1 a 1000 o hasta 1 en 18,000 embarazos, representando en 1% de todos los embarazos ectópicos aunque algunos autores refiere que puede ser desde 0.5 a 0.7% de los embarazos ectópicos en general.^{1,2} Y que presenta una gran morbilidad sobre todo asociado a hemorragia posterior a evacuación del embarazo llegando hasta su tratamiento más radical que es la Histerectomía.

Y esto es debido sobre todo a la falta de respuesta del cérvix a los uterotónicos ya que solo existen

alrededor del 10 al 15% de fibras musculares lisas⁵. Aunque se han hecho múltiples estudios en cuanto al manejo conservador del embarazo ectópico cervical, que van desde la aplicación de quimioterápicos como el metotrexate, prostaglandinas, resección histeroscópica, ligadura de arterias hipogástricas, embolizaciones uterina e inyección intramnióticas, hasta la realización de circlajes cervicales, con resultados favorables para los investigadores.

Aunque lo que más ayuda a proporcionar el manejo conservador es el diagnóstico oportuno del embarazo ectópico y esto se ha dado gracias a la introducción de la ecosonografía. Rankin en 1978 fue de los primeros en realizar diagnóstico por este medio.

En este caso el diagnóstico se realizó a las 6 semanas de gestación bajo ecosonografía aunque la paciente ya había iniciado con sintomatología sobre todo con la presencia de sangrado transvaginal de leve a moderada cantidad, lo cual nos permitió tomar una decisión en cuanto a su manejo y estar preparados para cualquier eventualidad. Logrando realizar un curetaje sin complicaciones y buena evolución posterior al legrado uterino.

Actualmente existen numerosos estudios realizados acerca del manejo conservador del embarazo ectópico sobre todo encaminado a la preservación de la

fertilidad de la paciente y de los más utilizados es la aplicación de un quimioteráptico como el metotrexate, vía sistémica, hasta su aplicación intramniótica⁶⁻¹⁰, y si la comisión de ética por inviabilidad del producto y riesgos para la madre autoriza el uso del cloruro de potasio como feticida, este puede ser asociado y generalmente se observa respuesta adecuada⁹, en México no existen reportes al respecto con resultados adecuados. El circlaje cervical, posterior a la realización del curetaje es otro de los procedimientos conservadores más realizados con muy buenos resultados, múltiples estudios con cerclaje de tipo transabdominal¹¹ o McDonald¹², son los que se han utilizados con pronóstico favorable en cuanto al control de la hemorragia y sobre todo para tratar de evitar la histerectomía, que en algunos casos como en el reportado por Jaswal et al¹³, en el cual se encontró aparte de un embarazo ectópico un acrotismo placentario que invadía la vejiga produciéndole la muerte a la paciente por la hemorragia, aun después de haberse realizado la histerectomía¹³.

En el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora (HIMES-HIES), no se ha presentado ningún caso de embarazo ectópico cervical desde 1998 hasta junio del 2007.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- El-Matary A, Ashworth F. Cervical ectopic pregnancy with successful conservative treatment. *Gynecology case reports*. *Acta Obst Gynecol Scand* 2003; 411-3.
- 2.- Gun M, Mavrogiorgis M. Cervical Ectopic Pregnancy: a case report and literature review. *Ultrasound Obstetric Gynecology*. 2002; 19: 297-301.
- 3.- Karchmer S, Fernandez C, Barron R. Embarazo ectópico. *Obstetricia y medicina Perinatal. Temas Selectos*. 2006; 165-71.
- 4.- Cunningham G, Leveno K, Macdonald P, Gilstrap III L, Gant N, Hankins G, Clark S. *Embarazo Ectópico*. Williams *Obstetricia*. 1998: 569-93.
- 5.- Calderon E, Badillo B. Embarazo Ectópico Cervical. Informe de un caso. *Rev Med IMSS* 2003; 41(6): 513-6.
- 6.- Carbajal P, Contreras N, Mancillas L, Viesca A. Embarazo ectópico cervical y uso de metotrexate. A propósito de un caso. *Medica Sur*. 2004; 11(4): 243-8.
- 7.- Gosakan R, Arutchelvam S, Gergis H, Emovon E. medical management of a cervical ectopic pregnancy. *Journal of Obstetrics and gynecology*. 2005; 25(1): 82-3.
- 8.- Edeke O, Wyldes M. A cervical ectopic pregnancy, diagnosed at 17 weeks gestation. *Journal of obstetrics and gynaecology*. 1999; 9(5): 548-50.
- 9.- Estiu M, Nemer C, Perrone C, Campos J, Folgueira A, Juncos C, Ortega J. Tratamiento conservador del embarazo ectópico cervical. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sarda* 1999; 18(1): 36-40.
- 10.- Jeng C, Lou C, Tzeng C, Yang Y. Successful conservative treatment of a 14-week gestational age cervical pregnancy by primary local injection of single-dose intramniotic methotrexate and intracardiac potassium chloride feticide. *Acta Obst Gynecol Scand*. 2003: 368-70.
- 11.- Loverro G, Greco P, Cormio G, Vimercati A, Marello F, Selvaggi L. Modified technique of transabdominal cerclaje in cervical pregnancy. *Journal of Obstetrics and gynecology*. 2000; 20 (1): 82-3.
- 12.- Troncoso F, Cardone X, Rondini C, Troncoso C. Embarazo ectópico cervical. Diagnóstico y tratamiento conservador con cerclaje cervical. *Rev. Chil. Obstetricia y Ginecología*. 2005; 70(4): 257-60.
- 13.- Jaswal T, Sunita S, Nanda S, Sangwan K, Chauhan M, Marwah N. Cervical ectopic pregnancy with placenta percreta and bladder wall invasion. *Acta Obst Gynecol Scand*. 2002; 81: 991-2.