



Embarazo cervical. Tres casos

Norberto Plascencia Moncayo,* María de la Paz Hernández,* Rafael Guadarrama Sánchez,* Leticia Guerra Becerra,* J. Fernando G. Salmón Vélez,** Alejandro Galván Aguilera***

RESUMEN

Se describe el concepto de embarazo cervical y su rareza. Su frecuencia es de un caso por cada 2,550 a 98,000 embarazos intrauterinos. Los factores predisponentes parecen estar relacionados con daño endometrial por legrados uterinos y cesáreas previas. El cuadro clínico es inespecífico y el diagnóstico se basa en el ultrasonido endovaginal. Puede causar hemorragias masivas que ponen en peligro la vida. En el año 2007 se atendieron, en el Hospital San José de Querétaro, 829 embarazos intrauterinos, 11 embarazos tubarios y tres embarazos cervicales, lo que representa una frecuencia extraordinariamente elevada de embarazo cervical. Aquí se comunican tres casos de embarazo cervical tratados con histerectomía total, dos como medida urgente y uno de manera electiva. Se insiste en la importancia del diagnóstico temprano para que el tratamiento sea conservador y persista la función reproductiva.

Palabras clave: embarazo cervical, ultrasonido, metotrexato, hemorragia, histerectomía.

ABSTRACT

We describe cervical pregnancy concept and its rareness. Its frequency is one in 2,550 to 98,000 intrauterine pregnancies. Predisposing factors are related with endometrial damage due to uterine curettages and previous cesarian section. Clinical picture was nonspecific and diagnosis was based in endovaginal ultrasonography. It can cause massive bleeding and put life in risk. During 2007 we attend 829 intrauterine pregnancies at Hospital San José de Querétaro: 11 tubal, and 3 cervical, this represents an extraordinarily high frequency of cervical pregnancy. Here we report three cases of cervical pregnancies treated with total hysterectomy, two as urgency and one elective. We remark early diagnosis importance to perform conservative treatment and maintain reproductive function.

Key words: cervical pregnancy, ultrasonography, metotrexate, bleeding, hysterectomy.

RÉSUMÉ

On rapport le concept de grossesse cervicale et sa rareté. Sa fréquence est d'un cas sur chaque 2,550 à 98,000 grossesses intra-utérines. Les facteurs qui la prédisposent semblent liés avec lésion de l'endomètre par curetages utérins et césariennes préalables. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques et le diagnostic est basé sur l'ultrason endovaginal. Elle peut provoquer des hémorragies massives qui mettent la vie en danger. En 2007, on a traité, à l'Hôpital San José de Querétaro, 829 grossesses intra-utérines, 11 grossesses tubaires et trois grossesses cervicales, ce qui représente une fréquence fort haute de grossesse cervicale. On rapporte ici trois cas de grossesse cervicale traités avec hystérectomie totale, deux comme une mesure d'urgence et un de manière élektive. On insiste sur l'importance du diagnostic précoce afin que le traitement soit conservateur et la fonction reproductrice puisse continuer.

Mots-clés: grossesse cervicale, ultrason, métotrexate, hémorragie, hystérectomie.

RESUMO

Descreve-se o conceito de gestação cervical e sua raridade. Sua frequência é um caso por cada 2.550 a 98.000 gestações intra-uterinas. Os fatores predisponentes parecem estar relacionados com a perda endometrial por raspados uterinos e prévios cesáreas. O quadro clínico é inespecífico e o diagnóstico é baseado no ultra-som endovaginal. Pode causar hemorragias massivas que põe em perigo a vida da paciente. No ano de 2.007 foram atendidas no Hospital San José de Querétaro, 829 gestações intra-uterinas, 11 gestações tubárias e três gestações cervicais, o que representa uma frequência extraordinariamente elevada da gestação cervical. Aqui se comunica três casos de gestações cervicais tratados com histerectomia total, dois como medida urgente e um de maneira eletiva. Por isso a importância do diagnóstico precoce e rápido para o tratamento, seja conservador e persista a função reprodutiva.

Palavras chave: Gestação cervical, ultra-som, metotrexato, hemorragia, histerectomia.

* Médico ginecoobstetra.

** Médico radiólogo.

*** Médico anatomopatólogo.
Hospital San José, Querétaro, Qro.

Recibido: agosto, 2008. Aceptado: agosto, 2008.

Este artículo debe citarse como: Plascencia MN, Hernández MP, Guadarrama SR, Guerra BL y col. Embarazo cervical. Tres casos. Ginecol Obstet Mex 2008;76(12):744-8.

Correspondencia: Dr. Norberto Plascencia Moncayo. Pedro de Gante núm. 59, colonia Cimatarío, CP 76030, Queretaro, Queretaro, México. Tel.: 442-212-9830, Fax: 442-212-3364.

La versión completa de este artículo también está disponible en:
www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Se denomina embarazo cervical a la implantación ectópica del blastocisto en el canal endocervical. Después de implantarse, el embarazo puede continuar su evolución en el orificio cervical externo y quizá producirse un aborto temprano, o crecer cerca del orificio interno del cuello uterino, lo que permitirá que el producto del embarazo alcance mayor tamaño. El trofoblasto erosiona la mucosa del endocervix y al implantarse en el tejido fibroso, en el momento en que eventualmente se desprende o se pretende desprender instrumentalmente, se produce sangrado muy abundante porque ese sitio anatómico carece de los mecanismos fisiológicos de hemostasia que tiene el cuerpo del útero, formado por tejido muscular y recubierto por la decidua.

El embarazo cervical es atípico. Los reportes de su frecuencia son muy variables: van de un caso por cada 2,550 a 1 por cada 18,000; 1 por cada 95,000 hasta 1 por cada 98,000 embarazos normales. El embarazo cervical constituye menos de 1% de todos los embarazos ectópicos.¹⁻⁴

Como factores predisponentes del embarazo ectópico se han referido las lesiones endometriales debido a cicatrices de cesáreas previas, legrados uterinos o infecciones crónicas, embarazo con dispositivos intrauterinos *in situ* y, más recientemente, se apunta la posibilidad de aumento en la frecuencia de implantación cervical de los embarazos logrados mediante fertilización asistida y transferencia de embriones.^{4,5}

El diagnóstico del embarazo cervical puede sospecharse por clínica. En las primeras semanas del embarazo suelen sobrevenir hemorragias transvaginales con aspecto de sangre fresca y dolor hipogástrico constante, no del tipo cólico característico de la amenaza de aborto. Durante la exploración física suele encontrarse el orificio externo cerrado y el cuello uterino aumentado de volumen y dolorosos a la movilización. Sin embargo, estos datos son inespecíficos. El ultrasonido, preferentemente endovaginal, es el recurso que muestra los hallazgos característicos del embarazo cervical: cavidad uterina vacía y el saco gestacional en el canal cervical que lo dilatan y, eventualmente, también el orificio interno del cuello.

En el tratamiento del embarazo cervical históricamente se han utilizado distintos procedimientos quirúrgicos: la evacuación del tejido por vía vaginal mediante dilatación y legrado casi siempre produce una hemorragia muy abundante, que puede llegar a ser incoercible. Para tratarla se han utilizado cerclajes del cuello, del tipo MacDonald,

introducción de balones inflables en el conducto endocervical y taponamientos a presión del mismo, casi siempre con resultados pobres.^{6,7} Después del fracaso de estos intentos la histerectomía de urgencia era, con frecuencia, la única solución.

Otros recursos terapéuticos utilizados fueron la embolización selectiva de las arterias uterinas y la ligadura de las arterias hipogástricas, para luego remover el tejido ovular por vía vaginal.^{2,8,9} También se recurrió a la ligadura de las arterias uterinas por vía laparoscópica, seguida de la evacuación del embarazo cervical, por histeroscopia.¹⁰

Actualmente, el tratamiento de elección del embarazo cervical, cuando no existe sangrado activo, consiste en la aplicación de 50 mg de metotrexato en inyección intraamniótica, con control ultrasonográfico o histeroscópico; hay reportes de la adición de cloruro de potasio a la inyección dentro del saco gestacional. También puede recurrirse a la indicación de metotrexato por vía sistémica en una dosis única de 50 mg/m² o a dosis de 1 mg/kg los días 1, 3 y 5, con tratamiento de rescate con ácido fólico o folato de calcio los días 2, 4 y 6. Estas opciones han dado buenos resultados y permitido conservar el útero y la función reproductiva. El metotrexato, antagonista del ácido fólico, interfiere la síntesis de ADN y ARN en el tejido trofoblástico, privándolo de vitalidad y disminuyendo considerablemente su volumen, hasta que el organismo lo reabsorbe o lo elimina, con sangrado mínimo. El control de la evolución del tratamiento se basa en la titulación de la fracción beta de la gonadotropina coriónica en sangre y en la observación con ultrasonido endovaginal. El tratamiento con metotrexato requiere vigilancia de las funciones pulmonar, hepática y renal, por lo que preferentemente debe estar a cargo un equipo médico multidisciplinario.^{3,4,11-15}

PRESENTACIÓN DE TRES CASOS

Caso 1

Paciente de 39 años de edad, con cinco embarazos, dos cesáreas, dos abortos, con legrado uterino. A las ocho semanas de amenorrea tuvo sangrado transvaginal escaso. El ultrasonido abdominal reportó la existencia de un huevo muerto y retenido. El cuello uterino estaba cerrado. Se le programó para legrado uterino instrumental. Cuando se introdujo el primer dilatador de Hegar sobrevino una hemorragia muy abundante que se intentó controlar mediante legrado uterino. Al continuar la pérdida san-

guínea activamente se le practicó una laparotomía y una histerectomía total. Se le transfundieron dos unidades de sangre total. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. El estudio histopatológico reportó embarazo cervical. La pieza quirúrgica se muestra en la figura 1.

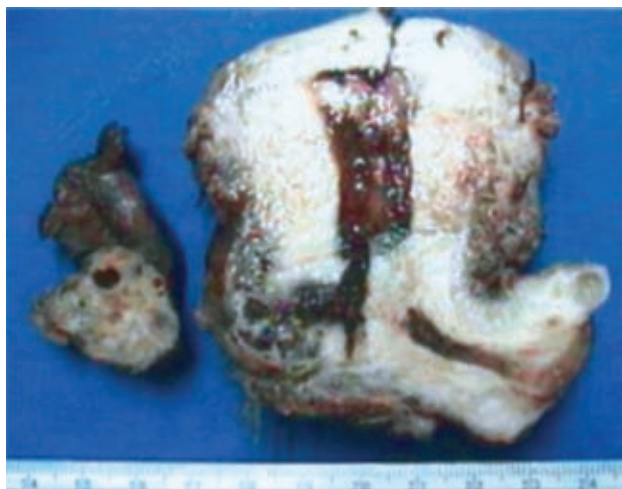


Figura 1. Pieza quirúrgica del embarazo cervical.

Caso 2

Paciente de 36 años de edad con cuatro embarazos, un parto y dos cesáreas. Ingresó al servicio de urgencias con hemorragia transvaginal de una hora de evolución. En el interrogatorio refirió amenorrea de siete semanas, sin ningún control ni estudio médico. En la exploración se encontró que el útero tenía caracteres de gravidez, el cuello uterino cerrado y hemorragia abundante. El diagnóstico probable fue de aborto en evolución. Con anestesia general se intentó la dilatación del cuello para practicar un legrado uterino. Ante la magnitud del sangrado se decidió practicarle laparotomía e histerectomía total extrafascial. Se le transfundieron dos unidades de sangre total, líquidos y soluciones expansoras de volumen. La evolución posoperatoria fue satisfactoria. El estudio anatomopatológico permitió el diagnóstico de embarazo cervical.

Caso 3

Paciente de 34 años de edad con cinco embarazos, dos por cesárea, uno ectópico tubario derecho (un año antes) tratado con salpingectomía. Amenorrea de seis semanas. Sangrado transvaginal mínimo. El útero tenía características de gravidez. La movilización del cuello uterino le producía dolor. Se le practicó un ultrasonido endovaginal

que mostró el saco gestacional en la parte superior del conducto cervical (figuras 2 y 3).



Figura 2. Ultrasonido endovaginal que muestra el saco gestacional en la parte superior del conducto cervical.



Figura 3. Ultrasonido endovaginal que muestra el saco gestacional en la parte superior del conducto cervical.

Se analizaron las opciones de tratamiento y la paciente optó por la histerectomía, al no desear más hijos. Una semana después del diagnóstico se practicó histerectomía total abdominal extrafascial, sin salpingooforectomía. El útero tenía un aspecto de “reloj de arena” con abombamiento en el istmo. No hubo complicaciones, la pérdida sanguínea fue menor a 100 mL. La recuperación fue normal. La pieza quirúrgica se muestra en las figuras 4 y 5.

DISCUSIÓN

El primer punto sobresaliente en la comunicación de estos tres casos, es que ocurrieron durante el año 2007 en

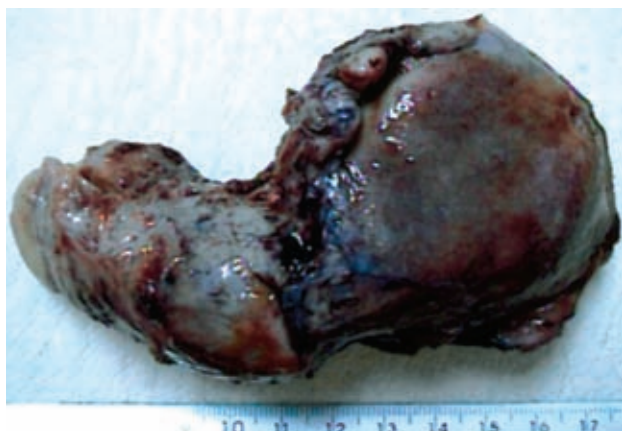


Figura 4. Pieza quirúrgica del embarazo cervical.

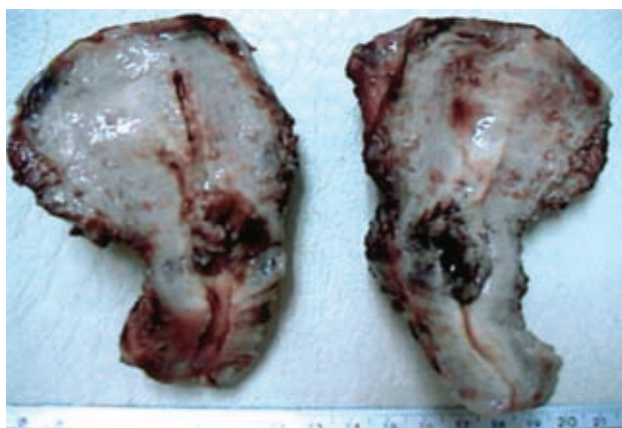


Figura 5. Pieza quirúrgica del embarazo cervical.

nuestro hospital, de atención médica privada, donde se atendieron durante ese año 829 embarazos intrauterinos entre partos, cesáreas y legrados uterinos por abortos. Esto da la relación de un embarazo cervical por cada 276 embarazos intrauterinos, lo que constituye una frecuencia elevadísima (nueve veces superior a la más alta de las frecuencias reportadas).

Otro dato interesante es que, en el año que se reporta, se atendieron en nuestra institución 14 embarazos ectópicos (1.6% del total de embarazos). El embarazo cervical constituye, según la bibliografía, el 1% de los embarazos ectópicos. En nuestra casuística representó el 21%.

Los tres casos tenían antecedentes de cesáreas y legrados uterinos por aborto. El caso número 3 tuvo además, un año antes del embarazo cervical, un embarazo tubario.

Dos de los casos no se diagnosticaron como embarazos cervicales. Los episodios de sangrado abundante fueron los

que indicaron la histerectomía como medida de urgencia. El tercer caso tenía un diagnóstico preciso y la histerectomía se practicó de manera electiva, como una opción de tratamiento. Por lo anterior, en ninguno de nuestros casos se recurrió al tratamiento conservador, con metotrexato por vía local o sistémica.

CONCLUSIONES

La frecuencia del embarazo cervical parece ir en aumento, quizá paralela al incremento de las operaciones cesáreas, embarazos después de legrados uterinos y gestaciones logradas con técnicas de reproducción asistida. Esta primera impresión deberá corroborarse con la observación del comportamiento de esta anomalía. Nuestro reporte es el único en México que reúne más de un caso. Quizá en el futuro encontraremos que el embarazo cervical es más frecuente de lo supuesto.

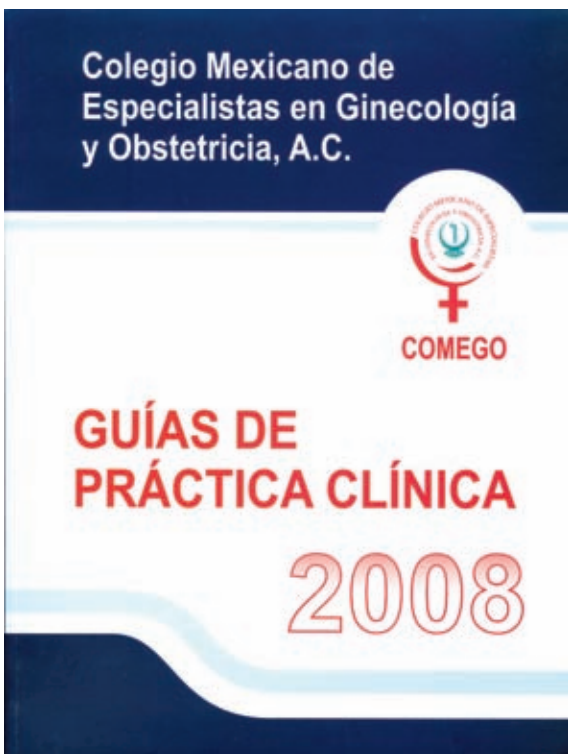
Una conclusión práctica es la conveniencia de realizar, rutinariamente, ultrasonografía endovaginal después del diagnóstico de embarazo, entre otras razones para confirmar la localización del saco gestacional dentro de la cavidad endometrial.

El diagnóstico temprano del embarazo cervical es importante para plantear opciones de tratamiento menos agresivas y que permitan conservar la función reproductiva.

REFERENCIAS

1. Calderón LE, Badillo GB. Embarazo ectópico cervical. Informe de un caso. Rev Med IMSS 2003;41(6):513-6.
2. Gun M, Mayrogiorgis M. Cervical ectopic pregnancy: a case report and literature review. Ultrasound Obstet Gynecol 2002;19(3):297-301.
3. Vizcaino MCV, Trujillo GJJ, Grover PF. Embarazo cervical. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. Ginecol Obstet Mex 2006;74:594-8.
4. Celik C, Bala A, Acar A, Gezgin K, Akyurek C. Methotrexate for cervical pregnancy. A case report. J Reprod Med 2003;48(2):130-2.
5. Gutiérrez NA, Pérez RJR, Stern JJ, Marín O, et al. Diagnóstico temprano de embarazo cervical después de fertilización *in vitro* con donación de óvulos. An Med Asoc Med Hosp ABC 1995; 40 (3): 121-3.
6. Troncoso RF, Cardone PX, Rondín FDC, Troncoso RC. Embarazo ectópico cervical. Diagnóstico y tratamiento conservador con cerclaje cervical. Rev Chil Obstet Ginecol 2005;70(4):257-60.
7. Cano LLM, Vital RVS, Alvarado CI, Ferreira RA, Hinojosa CJC. Esterilidad primaria y embarazo cervical. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2002;70:451-6.

8. Pattinson HA, Dunphy BC, Word S, Saliven J. Cervical pregnancy following *in vitro* fertilization: evacuation after uterine artery embolization with subsequent successful intrauterine pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1994;34(4):492-3.
9. Trambert JJ, Eintein MH, Banks E, Frost A, Goldberg GL. Uterine artery embolization in the management of vaginal bleeding from cervical pregnancy: a case series. *J Reprod Med* 2005;50(11):844-50.
10. Kung FT, Lin H, Hsu TV, Chang CY, et al. 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(6):1642-9.
11. Kirk G, Condous G, Haider Z, Sved A, et al. The conservative management of cervical ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;27(4):430-7.
12. Cherng JJ, Ma-Lee K, Jenta S. Transvaginal ultrasound-guided treatment of cervical pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007;109:1076-82.
13. Kung FT, Chang SY. Efficacy of methotrexate treatment in viable and nonviable cervical pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181(6):1438-44.
14. Mitra AG, Harris OM. Conservative medical management of advanced cervical ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol Surv* 2000;55(6):385-9.
15. Barrón VR. Embarazo Ectópico. En: Karchmer KS, Fernández del Castillo SC. *Obstetricia y Medicina Perinatal. Temas selectos. Tomo 1. Capítulo 16.* México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, 2006. pp:165-71.



Coordinadores: Ma. Teresa Leis Márquez, Héctor A. Baptista González

Tamaño: 21 x 27 cm

Páginas: 394

Editado por: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A. C.

País: México

Edición: primera, 2008.

En los últimos años, los conceptos vinculados a la medicina basada en la evidencia y el amplio acceso a las fuentes de información han promovido cambios positivos en la atención médica. Sin embargo, este proceso de cambio aún se encuentra, en muchos aspectos, en una fase de consolidación, lo que propicia que el clínico tenga dificultades para asimilar e implementar la cada vez mayor evidencia científica disponible. Como consecuencia, existe una gran variabilidad en la interpretación de los avances de la ciencia, en su incorporación a la práctica y, en definitiva, en la toma de decisiones médicas.

Es por esta razón que el Consejo Directivo 2006-2008 emprendió desde el inicio de su gestión la elaboración de *Guías de Práctica Clínica*, documentos avalados universalmente por aportar recomendaciones desarrolladas en forma sistemática que encaminan al clínico en el proceso de toma de decisiones. Este proyecto, concebido a largo plazo y con la suma del esfuerzo de muchos de sus miembros, implica la edición anual de un volumen que incorporará cada vez nuevos temas al tiempo que bianualmente actualizará los predecesores.