



## Embarazo ectópico cervical. Cuando el tratamiento conservador falla. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Leopoldo Río de la Loza Cava,\* Jesús Arturo Moyers Arévalo\*\*

### RESUMEN

El embarazo ectópico cervical es excepcional y puede afectar la capacidad reproductiva y la vida de la paciente. En reportes previos se describe que la mortalidad materna es cercana al 50% en las pacientes diagnosticadas con embarazo ectópico cervical e hysterectomía como medida terapéutica. En la actualidad, los avances en las técnicas ultrasonográficas han permitido el diagnóstico oportuno y tratamiento conservador con diferentes variantes. El embarazo ectópico cervical representa un reto que le exige al obstetra gran capacidad resolutiva, sobre todo desde el punto de vista del tratamiento porque es un problema predominante en mujeres en edad reproductiva, y más aún en quienes han recurrido a técnicas de reproducción asistida, y que por ello mismo la fertilidad es un asunto de suma relevancia. En la actualidad no existe la suficiente evidencia científica para crear guías de manejo estandarizadas; así pues, individualizar las opciones a cada paciente es y seguirá siendo la mejor forma de hacerle frente a este problema. Se reporta el caso de una mujer de 31 años de edad que acudió al servicio de Urgencias con el antecedente de embarazo ectópico cervical en el que fracasó el tratamiento conservador, con sangrado obstétrico que puso en riesgo su vida, y que requirió tratamiento quirúrgico radical.

**Palabras clave:** embarazo ectópico cervical, tratamiento conservador

### ABSTRACT

Cervical ectopic pregnancy is a rare and dangerous event that can be life and reproductive threatening. Years ago, the only treatment available were hysterectomy, resulting in a 50% of maternal mortality. In the present, ultrasound technologies let us make early diagnosis raising the possibilities of a conservative treatment in several ways. Cervical ectopic pregnancy represent a big challenge for the obstetrician, requiring great diagnostic and therapeutic skills in order to preserve the reproductive capacity, specially because this kind of ectopic pregnancy is more frequent in assisted reproductive techniques like intrauterine insemination, and in couples seeking fertility treatments, the reproductive capacity is an extremely important issue. By now, there's no plenty scientific evidence about this problem to write diagnostic and therapeutic guidelines. Today, personalized treatment is the only viable option for this patient. We report the case of a 31-year-old woman who arrived to our emergency room with a profuse vaginal bleeding, and with a history of conservative treatment for a cervical ectopic pregnancy.

**Key words:** Cervical ectopic pregnancy, conservative treatment.

### RÉSUMÉ

La grossesse extra-utérine cervicale est exceptionnelle et peut affecter la capacité de reproduction et la vie du patient. Dans les rapports précédents décrit que la mortalité maternelle est proche de 50% chez les patients atteints de grossesse extra-utérine cervicale et l'hystérectomie comme une mesure thérapeutique. Aujourd'hui, les progrès techniques échographiques ont permis un diagnostic précoce et un traitement conservateur avec différentes variantes. Col de l'utérus grossesse extra-utérine est un défi qui nécessite la capacité de réponse obstétricien génial, surtout du point de vue du traitement, car il s'agit d'un problème dominant chez les femmes en âge de procréer, en particulier ceux qui ont recours à des services techniques de reproduction et la fertilité est en soi une question de la plus haute importance. Actuellement, il n'existe pas suffisamment de preuves scientifiques pour créer des lignes directrices de gestion standardisées, ainsi que, d'identifier les options pour chaque patient est et restera la meilleure façon de traiter ce problème. Nous rapportons un cas de 31 ans qui est venu à l'urgence avec une histoire de grossesse extra-utérine cervicale qui a échoué un traitement conservateur avec des saignements obstétricaux qui menaçait sa vie, et ayant nécessité une chirurgie radicale.

**Mots-clés:** col de l'utérus grossesse extra-utérine, le traitement conservateur

### RESUMO

A gravidez ectópica cervical é excepcional e pode afetar a capacidade reprodutiva e de vida do paciente. Em relatórios anteriores descreveram que a mortalidade materna é de cerca de 50% em pacientes com diagnóstico de gravidez ectópica cervical e hysterectomia como medida terapêutica. Hoje, os avanços nas técnicas de ultra-sonograficas têm permitido o diagnóstico precoce e tratamento conservador

com variantes diferentes. Gravidez ectópica cervical é um desafio que requer o obstetra capacidade de resposta grande, especialmente do ponto de vista do tratamento, porque é um problema dominante em mulheres em idade reprodutiva, especialmente aqueles que têm utilizado técnicas de reprodução assistida, e fertilidade por si só é uma questão de extrema importância. No momento não há evidências científicas suficientes para criar diretrizes de gestão padronizados, bem como, identificar opções para cada paciente é e continuará a ser a melhor maneira de lidar com este problema. Relatamos o caso de uma de 31 anos que chegou ao setor de emergência com história de gravidez ectópica cervical, que falhou o tratamento conservador com hemorragia obstétrica que ameaçava sua vida, e que exigiu cirurgia radical.

**Palavras-chave:** gravidez ectópica cervical, o tratamento conservador

**E**l embarazo ectópico cervical es un suceso excepcional (0.15% de todos los embarazos ectópicos)<sup>1</sup> que puede afectar la capacidad reproductiva e incluso la vida de la paciente por sangrado masivo. Su incidencia en varios reportes está estimada en 1:2,500 a 12,422 embarazos.<sup>2</sup>

La evidencia científica se remonta a 1817, cuando Schneider hizo la primera descripción de un embarazo ectópico cervical; sin embargo, fue hasta 1860 cuando Rokitansky acuñó el término. En 1911 Rubin publicó los primeros cuatro criterios histológicos para el diagnóstico de esta afección: 1) glándulas cervicales opuestas al lecho placentario, 2) íntima unión de la placenta con el cuello uterino, 3) toda la placenta debe situarse por debajo de la entrada de los vasos uterinos y 4) ninguna de las partes fetales debe encontrarse dentro del cuerpo del útero.<sup>3</sup>

En 1959 Paalman y McElin describieron, por primera vez, los criterios clínicos de diagnóstico: 1) sangrado vaginal indoloro después de un periodo de amenorrea, 2) cuello uterino suave 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, 3) los anexos embrionarios están confinados y firmemente

unidos al endocervix, 4) orificio cervical interno cerrado y 5) orificio cervical externo parcialmente abierto.<sup>4</sup>

En el pasado, la única opción descrita para el tratamiento era la histerectomía, y la mortalidad materna llegaba a 50% en algunos reportes.<sup>5</sup> En la actualidad, los avances en las técnicas ultrasonográficas han permitido el diagnóstico oportuno y el tratamiento conservador con diferentes variantes,<sup>2,4</sup> entre las que se incluyen opciones quirúrgicas, como el taponamiento intracervical con una sonda Foley después del 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 con la administración local o sistémica de metotrexato.<sup>4</sup> En algunos reportes se ha logrado reducir la mortalidad hasta el 6%.<sup>5</sup>

## CASO CLÍNICO

Mujer de 31 años de edad, casada, dos embarazos y una cesárea, practicada esta última hacía tres años y medio por desproporción céfalopélvica. Acudió al servicio de Urgencias del Hospital Río de la Loza con sangrado transvaginal de tres horas de evolución. Durante el interrogatorio inicial refirió antecedente de embarazo ectópico cervical de 14 semanas de amenorrea, previamente tratada en otro hospital con dos dosis de metotrexato (50 mg por vía intramuscular). A su ingreso se tomó una biometría hemática que reportó hemoglobina de 12.34 g/dL, hematocrito de 37.16%, 166,000 plaquetas y cuatro bandas. El ultrasonido transvaginal reportó un plastrón heterogéneo y redondeado de 4.5 por 3.4 cm en el canal endocervical, con realce vascular a la aplicación de la modalidad Doppler. La cavidad uterina tenía eco endometrial central, lineal y homogéneo de 5 mm y en su interior estaba libre de colecciones. (Figura 1)

\* Director médico.

\*\* Residente de cuarto grado de Ginecología y Obstetricia, jefe de residentes.

Institución Ginecoobstétrica y de Perinatología Dr. Río de la Loza.

Correspondencia: Dr. Leopoldo Río de la Loza Cava. Paseo Alexander von Humboldt 88, Naucalpan 53120, Estado de México. Teléfono: 26251000.

Recibido: julio 2012. Aceptado: agosto 2012.

Este artículo debe citarse como: Río de la Loza Cava L, Moyers-Arévalo JA. Embarazo ectópico cervical. Cuando el tratamiento conservador falla. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex Mex 2012;80(5):668-672.



Figura 1. En la parte superior se muestra plastrón cervical heterogéneo de 4.50 x 3.42 cm de diámetro. Abajo el realce vascular.

Durante su estancia en el área de Urgencias tuvo aumento significativo del sangrado, cuantificado subjetivamente en 800 a 1000 mL, por eso se decidió intervenirla quirúrgicamente con urgencia. Se le realizó histerectomía total abdominal intrafascial sin incidentes ni accidentes, con sangrado transoperatorio de 250 mL y hallazgos de útero de 15 cm de largo, de los que 7 cm correspondían al cuerpo uterino y 8 cm al cuello uterino. (Figura 2)

Debido al sangrado masivo durante su estancia en el servicio de Urgencias, y a pesar de que la cuantificación de pérdidas hemáticas durante la cirugía no fue significativa, se decidió tomar una biometría hemática de control a las seis horas, que reportó disminución significativa de los parámetros con respecto a la inicial, con hemoglobina de 8.40 g/dL y hematocrito de 28.85% por lo que se optó transfundirle un concentrado eritrocitario que mejoró el estado hematológico, aumentó la hemoglobina a 10.20 g/dL y el hematocrito a 33.95% 24 horas después de la cirugía. La evolución de la paciente fue satisfactoria y se egresó por mejoría al tercer día.

El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico al reportar epitelio endocervical con abundantes restos de vellosidades coriales, restos de decidua, eritrocitos extravasados y restos de fibrina. La cavidad uterina estaba vacía, con endometrio secretor de 0.2 cm. (Figura 3)

## DISCUSIÓN

El embarazo ectópico cervical representa un reto que exige al obstetra gran capacidad resolutiva, sobre todo desde



Figura 2. Pieza quirúrgica. Útero en forma de reloj de arena por el cuello aumentado de volumen.

el punto de vista del tratamiento, porque se trata de un problema que afecta más a mujeres en edad reproductiva, sobre todo a las que han recurrido a técnicas de reproducción asistida.



**Figura 3.** Útero gestante sin anexos de 10x5x4 cm, peso de 139 gramos. Tiene un embarazo en el canal endocervical de 5 cm de diámetro. El endometrio es secretor.

ción asistida, en quienes la fertilidad es particularmente importante.<sup>6</sup>

A la fecha no hay un consenso del mejor tratamiento, debido a la falta de evidencia sustentada en grandes series de casos clínicos. Sin embargo, podemos considerar que la alternativa ideal será el método que ofrezca una solución eficiente, regresión rápida de la gonadotrofina coriónica y del volumen cervical y que permita conservar la capacidad reproductiva sin incrementar los costos hospitalarios.<sup>7</sup>

El diagnóstico oportuno, junto con las técnicas ultrasonográficas actuales, representan las herramientas para ofrecerle a las pacientes el mejor pronóstico posible. La sospecha temprana, basada en los siguientes factores de riesgo: anomalías anatómicas uterinas, miomatosis, sindequias uterinas, intervenciones cervicales previas y uso de técnicas de reproducción asistida,<sup>8</sup> y una valoración ultrasonográfica que identifique los criterios propuestos por Hoffmann y su grupo, que incluyen: existencia de saco gestacional o textura placentaria en el cuello uterino sin evidencia de embarazo intrauterino, visualización del eco endometrial, forma uterina en reloj de arena y orificio cervical interno cerrado,<sup>7</sup> son los pilares del diagnóstico.

Aún así, determinar cuándo intentar un abordaje conservador es una decisión difícil para el obstetra. Con este argumento, algunos autores han propuesto 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 cardiaca embrionaria y longitud céfalo-caudal mayor a 10 mm, tienen mayor riesgo de falla al tratamiento conservador.<sup>9,10</sup>

En las últimas décadas se han descrito más de 20 técnicas diferentes para el tratamiento conservador del embarazo ectópico cervical. Sin embargo, en la actualidad la tendencia mejor estudiada es la combinación de la aplicación sistémica de metotrexato a dosis de 1 mg/kg de peso corporal en conjunto con la embolización selectiva de arterias uterinas o dilatación y legrado endocervical.<sup>7,11,12,13</sup>

Los índices de efectividad de estas técnicas son muy diversos, debido a que el abanico de opciones es muy amplio dependiendo de las características del caso clínico y de la disponibilidad de recursos técnicos. El dato estadístico más objetivo obtenido del estudio más extenso menciona que el tratamiento conservador puede disminuir la mortalidad en 100% y reducir la necesidad de histerectomía en 91% de los casos.<sup>14</sup>

Así, como en el caso aquí reportado, hay pacientes que acuden con hemorragias que ponen en riesgo la vida, donde la única opción viable es la histerectomía.<sup>15</sup> En la actualidad no existe la suficiente evidencia científica para crear guías de manejo estandarizadas; individualizar las opciones a cada paciente es y seguirá siendo la mejor forma de abordar esta afección.

## REFERENCIAS

1. Hafner T, et al. Modification of conservative treatment of heterotopic cervical pregnancy by Foley catheter balloon fixation with cerclage sutures at the level of the external cervical os: a case report. *J Medical Reports* 2010;4:202.
2. Honey L, Leader A, Claman P. Uterine artery embolization -a successful treatment to control bleeding cervical pregnancy with a simultaneous intrauterine gestation. *Human Reprod* 1999;14(2):553-555.
3. Kouyoumdjian A. Cervical Pregnancy: Case report and literature review. *JAMA* 1984;76(8): 791-796.
4. Kim TJ. Clinical Outcomes of Patients treated for cervical pregnancy with or without methotrexate. *J Korean Med Sci* 2004;19:848-852.
5. Mashiach S, et al. Cervical Shirodkar cerclage may be the treatment modality of choice for cervical pregnancy. *Hum Reprod* 2002;17(2):493-496.
6. Postawski K. Conservative treatment of cervical pregnancy in women: a review of the literature with case report. *Ginekol Pol* 2009;80(9):704-707.
7. Wang YK. An Efficient conservative treatment modality for cervical pregnancy: angiographic uterine artery embolization followed by immediate curettage. *Am J Obstet Gynecol* 2001;204:31. e1-7.
8. Spitzer D, et al. Conservative treatment of cervical pregnancy by curettage and local prostaglandin injection. *Hum Reprod* 1997;12(4):860-866.

9. Hung TH. Prognostic factors for an unsatisfactory primary methotrexate treatment of cervical pregnancy: a quantitative review. *Hum Reprod* 1998;13(9): 2636-2642.
10. Moon HS, et al. 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;e4-e5.
11. Nappi C, et al. Conservative treatment by angiographic uterine artery embolization of a 12 week cervical ectopic pregnancy. *Hum Reprod* 1999;14(4):1118-1121.
12. Xiaolin Z. Transcatheter intraarterial methotrexate infusion combined with selective uterine artery embolization as a treatment option for cervical pregnancy. *J Vasc Interv Radiol* 2010;21(6): 836-841.
13. Yu B. Uterine artery embolization as an adjunctive measure to decrease blood loss prior to evacuation a cervical pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2009;279(5):721-724.
14. Ruano R, et al. Three-dimensional ultrasonography diagnosis of a cervical pregnancy. *Clinics* 2006;61(4):355-358.
15. Plascencia Moncayo N. Embarazo cervical. Tres Casos. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(12): 744-748.