



Embarazo ectópico cervical. Tratamiento histeroscópico, presentación de un caso

RESUMEN

El embarazo ectópico cervical es excepcional, representa alrededor de 0.1% de todos los embarazos ectópicos. La incidencia se estima en 1: 2500 a 1: 98,000 embarazos. Antes del decenio de 1980 el diagnóstico solía establecerse al momento de un legrado por probable aborto incompleto, con hemorragia incoercible, secundaria, que terminaba en histerectomía. Es extremadamente peligroso porque el trofoblasto puede alcanzar los vasos uterinos, a través de la delgada pared cervical y provocar una hemorragia grave e incoercible que aun en la actualidad suele terminar en cirugías mutilantes que limitarán la reproducción futura. En la actualidad no existen criterios claros en la bibliografía que ayuden a la toma de decisiones. Se reporta un caso de embarazo cervical tratado exitosamente mediante ablación con histeroscopia quirúrgica; además, se proponen algunos criterios que en el futuro podrían ayudar a abordar esta enfermedad devastadora.

Palabras clave: embarazo ectópico cervical, histeroscopia quirúrgica.

José Alanis-Fuentes¹
Amilcar Brindis-Rodríguez²
Mildret Martínez-Arellano³

¹ Ginecoobstetra adjunto, Hospital Ángeles del Pedregal, México DF.

² Ginecoobstetra, diplomado en histeroscopia, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

³ Médico residente del tercer año de la especialidad en Ginecología y Obstetricia, Hospital Ángeles del Pedregal, México DF.

Cervical ectopic pregnancy. Hysteroscopy treatment, case report

ABSTRACT

The cervical ectopic pregnancy is extremely rare accounting for approximately 0.1% of all ectopic pregnancies. The incidence is estimated at 1: 2500-1: 98,000 pregnancies. Before the decade of the 80s, the diagnosis is usually performed to made curettage for incomplete abortion likely secondary to uncontrollable bleeding culminating in hysterectomy, is extremely dangerous, as the trophoblast uterine vessels can reach through the thin wall cervical and cause serious and intractable bleeding that usually ends even today in mutilating surgeries to limit future playback. Currently exist no clear criteria in the literature to help decision-making. We report a case of cervical pregnancy successfully treated by operative hysteroscopy ablation and proposes criteria that could help in the future to address this devastating disease.

Key words: Cervical ectopic pregnancy, Operative hysteroscopy.

Recibido: marzo 2015

Aceptado: abril 2015

Correspondencia

Dr. José Alanís Fuentes
Camino a Santa teresa 1055
Torre médica C-502
10700 México DF
josealanisfuentes@yahoo.com.mx

Este artículo debe citarse como:

Alanis-Fuentes J, Brindis-Rodríguez A, Martínez-Arellano M. Embarazo ectópico cervical. Tratamiento histeroscópico, presentación de un caso. Ginecol Obstet Mex 2015;83:302-307.



ANTECEDENTES

El embarazo ectópico se ha convertido en una epidemia mundial. De 1970 a 1992 se incrementó su incidencia 9 veces, la que se estima en 1.6 embarazos ectópicos por cada 100 nacimientos, con índices de mortalidad materna del 9% en la variedad intersticial. En México, algunos autores reportaron (1997) una tasa de 6.1 por cada 1000 nacidos vivos, con secuelas inmediatas y tardías que pueden involucrar la esterilidad o la mortalidad materna.¹

Embarazo cervical

Ocurre cuando la implantación del cigoto sucede en el orificio cervical interno o por debajo de éste el embarazo queda confinado al cérvix, en el conducto endocervical.

Los embarazos cervicales son extremadamente raros, representan alrededor de 0.1% de todos los embarazos ectópicos. La incidencia se estima en 1: 2500 a 1: 98,000 embarazos.

Antes de la década de 1980, el diagnóstico solía establecerse durante un legrado por probable aborto incompleto, con hemorragia incoercible secundaria que culminaba en histerectomía.² Los factores predisponentes son: lesiones endometriales por cicatrices o cirugías previas, legrados uterinos, infecciones crónicas, dispositivo intrauterino y embarazo, más recientemente se ha asociado con aumento en la frecuencia de embarazos logrados mediante fertilización in vitro y transferencia de embriones.²

El embarazo cervical lo describió Rokitansky (1860) pero el diagnóstico definitivo de embarazo ectópico cervical se debe a la contribución de Studdiford, quien lo caracterizó como una implantación anómala en el cérvix. Hasta antes de 1948 solo se habían reportado 28 casos, la mitad diagnosticados por los resultados de ana-

tomopatología, de estos 6 pacientes fallecieron y de todos los casos reportados sólo en una paciente no se requirió hemotransfusión y en un caso reportaron la transfusión de 11 litros de sangre.³

El tratamiento de estos casos casi siempre es la histerectomía debida a hemorragia incoercible o como tratamiento de elección, que incluso llega a 70% de los casos.^{4,5}

Criterios ultrasonográficos de embarazo cervical⁶

1. Cavidad uterina endometrial vacía, sin saco gestacional
2. Cérvix que puede estar aumentado de tamaño
3. Saco gestacional en el conducto endocervical
4. Implantación del mismo en el endocervix (Doppler color)
5. Tejido placentario en el conducto endocervical
6. Orificio cervical interno cerrado

En el tratamiento del embarazo cervical se han intentado, históricamente, distintos procedimientos: evacuación mediante legrado uterino instrumentado, que en la mayoría de las veces ocasiona hemorragia incoercible, que para controlarla se han utilizado distintos métodos: cerclajes, balones inflables en el conducto endocervical, taponamientos, siempre o casi siempre con resultados pobres con histerectomía posterior. También se han intentado embolizaciones selectivas de las arterias uterinas o hipogástricas con posterior remoción del tejido endocervical.⁷

Una de las opciones actuales de tratamiento es la aplicación de metotrexato 1 mg/k peso, vía parenteral IV, IM o en inyección intraamniótica, con control ecográfico o histeroscópico, que puede adicionarse al cloruro de potasio, con vigilancia seriada de las cifras de HGC semanal.^{8,9}

Si el diagnóstico se establece antes de que sobrevenga la hemorragia se puede disminuir la invasión trofoblástica con tratamientos médicos conservadores, como la administración de metotrexato u etopósido.¹⁰

El objetivo de este artículo es describir el tratamiento exitoso por vía histeroscópica del embarazo cornual.

REPORTE DEL CASO

Paciente de 28 años de edad atendida en un consultorio privado. Originaria y residente de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, licenciada en administración de empresas, casada. Antecedentes heredofamiliares sin trascendencia para el caso, niega toxicomanías, varicela en la edad adulta, grupo sanguíneo B (RH)⁺, galactorrea tratada con bromocriptina. Menarquía a los 13 años, ciclos regulares 30 x 3-4, un embarazo, 1 compañero sexual no circuncidado, sin métodos anticonceptivos declarados.

A las 3.4 semanas de gestación acudió con su médico de primer contacto, a su primera visita obstétrica, con sangrado transvaginal leve, sin dolor, con dos pruebas de embarazo positivas.

En el ultrasonido endovaginal la cavidad uterina se apreció sin evidencia de saco gestacional; la imagen del ovario izquierdo fue anecoica de 2 x 1 cm, sugerente de cuerpo lúteo del embarazo. La HGC cuantitativa, subunidad beta, reportó cifras de 1410 mUI/ mL, sin evidencia de sangrado transvaginal. Se citó a los siete días para control ultrasonográfico y de HGC. Las condiciones generales de la paciente eran adecuadas y hemodinámicamente estables.

En la segunda valoración, a las 4.5 semanas de gestación, la determinación sérica cuantitativa de HGC fue de 4878 mUI/mL. La exploración ecográfica reveló al útero con cavidad uterina

vacía y saco gestacional de 10 mm, sin embrión visible, pero con saco vitelino evidente en la región endocervical. (Figura 1)

El diagnóstico se corroboró con otro ultrasonido extramuros (Figura 2) y se informó a los familiares y, previo consentimiento, se inició tratamiento médico con metotrexato a dosis de 1 mg/kg/día en los días 1, 3, 5 y 7. Por ser una paciente delgada, con índice de masa corporal de 28, se decidió reducir la dosis de metotrexato a la mitad en los días 1 y 3, con tratamiento de rescate con ácido fólico en los días 2, 4, 6 y 8, con un esquema máximo de 4 dosis. Los análisis generales de laboratorio, incluidas las pruebas de funcionamiento hepático, pruebas cruzadas con dos donadores, reportaron: Hb 12.70 g, hematocrito 38%, plaquetas: 273,000, leucitos, 6,300 por mm³, linfocitos 29%, glucosa sérica: 79 mg, creatinina 0.8 mg, bilirrubinas totales 0.95 mg, bilirrubina directa 0.3 mg, indirecta 0.6 mg, TGO: 35 UI/L, TGP 28 UI/L.

En la siguiente medición se encontraron: Hb 12.80 g, hematocrito 36%, leucocitos totales 6,200 por mm³, neutrófilos totales 71%, eosinófilos 2%, bandas 0, plaquetas 297,000, tiempo de protrombina 11.3 segundos, TPP: 28.7 segundos, glucosa 88.1 mg/dL, creatinina



Figura 1. Útero que evidencia discreto engrosamiento endometrial, sin que pueda observarse el saco gestacional intrauterino.

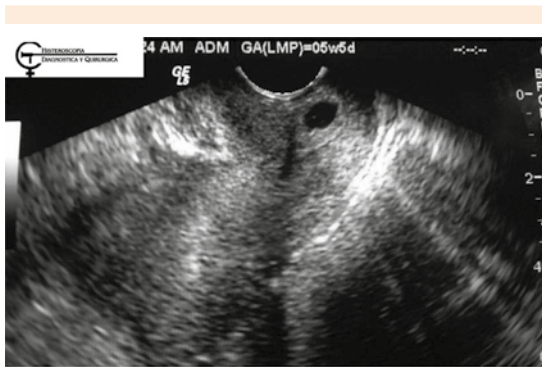


Figura 2. Saco gestacional de implantación cervical.

0.70 mg/dL, ácido úrico 3.2 mg/dL, bilirrubinas totales: 0.80 mg, directa 0.20, indirecta 6 mg, TGO: 26 UI, TGP 43 UI, ego con hematuria. El resto de los resultados fue irrelevante para el caso.

Al siguiente día los datos fueron: HGC 7,344 mUI/mL. Se indicó una dosis total de metotrexato intramuscular de 50 mg y se decidió la histeroscopia quirúrgica.

En las siguientes 24 h ingresó al Hospital Ángeles del Pedregal, en donde con anestesia general endovenosa se efectuó una histeroscopia con acceso por vaginoscopia, con un equipo Betocchi de 5.5 mm (Karl Storz, Tuttlingen, Germany), con solución fisiológica al 0.9% e instilada con una bomba Endomat Hamou II (Karl Storz, Tuttlingen, Germany), con flujo de 200 mL por minuto, a presión de 100 mmHg y aspiración de 0.2 barr. Se inició el procedimiento hasta localizar el cérvix, que se encontró dilatado, con protrusión por el exocérvix de un material color rojo vino a través del mismo con diámetro de 3 cm, aproximadamente. El histeroscopia se introdujo a través del mismo y se corroboró la existencia de un saco gestacional, con sitio de implantación en la cara anterior del endocérvix. (Figura 3)

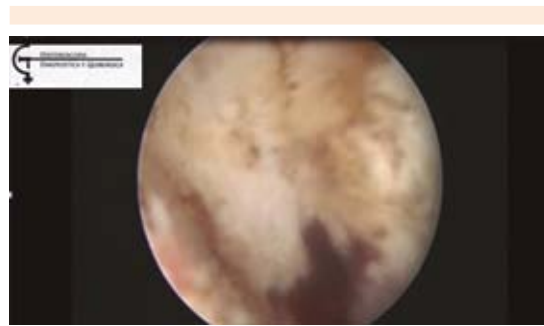


Figura 3. Estado postquirúrgico del sitio de implantación.

Para tener mejor visualización del saco gestacional se indujo la distensión completa con solución fisiológica al 0.9%. Con un generador de energía bipolar Versapoint (Gynecare) y un electrodo bipolar tipo Springse se localizó la zona de implantación. Con una variedad de corriente de VCI a 60 watts de corte y 80 watts de coagulación se coaguló el sitio de implantación del saco gestacional, con coagulación periférica al sitio de implantación de manera concéntrica hasta ir disminuyendo al mínimo. Se aplicó energía de corte y se hizo la excéresis completa. Cuando la pieza quedó libre se colocó un espejo y se retiró el saco gestacional, con una pinza uterina curva. (Figura 4) La cuantificación del sangrado trans y postoperatorio se reportó como mínima. La paciente permaneció estable, sin requerir algún otro procedimiento quirúrgico o hemotransfusión, e inició la deambulaci3n a las 8 h postcirugía y fue dada de alta del hospital a las 36 horas, libre de síntomas.

Los análisis postoperatorios del 21 de marzo de 2013 reportaron: hemoglobina de 11.50 g, hematocrito 33%, 295,000 plaquetas, 13,000 leucocitos, 6.2 g/dL de proteínas, 3.3 g/dL de albúmina, 2.9 mg de globulinas, relación albúmina-globulina 1.13, bilirrubinas totales 0.74 mg, bilirrubina directa 0.29 mg, indirecta



Figura 4. Aspecto macroscópico del embarazo ectópico cervical.

0.45 mg, TGO 14.2 UI, TGP 21 UI/dL, gamma-glutamyl transpeptidasa 16.4, HGC subunidad beta 2,320 mUI/dL.

El 10 de abril de 2013 el reporte fue de: HGC 3.45 mUI/dL, y 5 días después 2.16 mUI/dL. La paciente permaneció asintomática y en buenas condiciones generales.

La descripción macroscópica del reporte histopatológico fue: en formol, espécimen quirúrgico de 2 x 1.5 x 1 cm, superficie de color blanquecino. Al corte es quístico y ocupado por sangre; la pared con un espesor variable de 0.1 y 0.3 cm. Se incluyó íntegro para estudio histopatológico en dos cápsulas. El epitelio endocervical y las vellosidades coriales del primer trimestre de la gestación se observan en las figuras 5, 6 y 7.

Seguimiento postoperatorio

La histerosalpingografía a los 3 meses del posoperatorio mostró al canal cervical, útero y trayectos de trompas de Falopio normales. (Figura 8)

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

La histeroscopia quirúrgica es una opción de tratamiento en embarazos de implantación

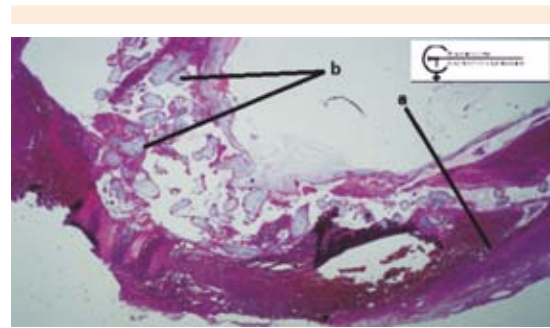


Figura 5. Panorámica del saco amniótico (a) y vellosidades (b) HE 20X. Imagen proporcionada por la Dra. Catalina Romo, Departamento de Patología, Hospital Ángeles Pedregal.

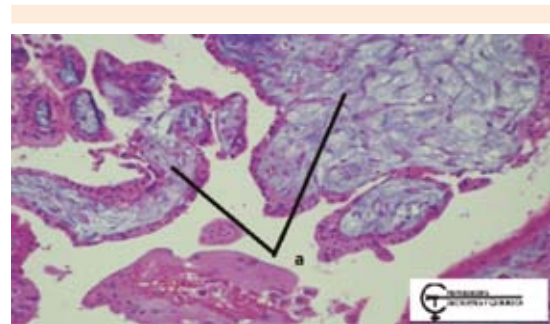


Figura 6. Acercamiento de las vellosidades coriales del primer trimestre de la gestación (HE 40X, 20X). Imagen proporcionada por la Dra. Catalina Romo, Departamento de Patología, Hospital Ángeles Pedregal.

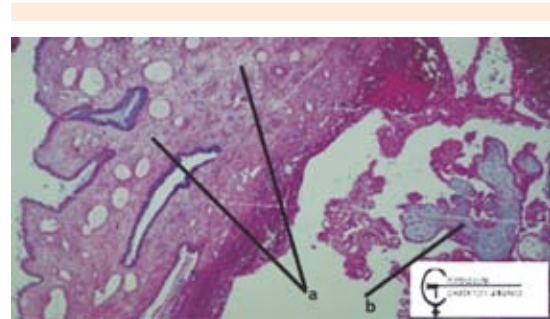


Figura 7. Epitelio endocervical (a) y saco amniótico (b) del lado derecho (HE 40X, 20X). Imagen proporcionada por la Dra. Catalina Romo, Departamento de Patología, Hospital Ángeles Pedregal.



Figura 8. Histerosalpingografía de control; 3 meses del posoperatorio.

anómala, como el embarazo cervical. Si bien las tasas de mortalidad han disminuido de 45 a casi 0%, el tratamiento conservador de esta afección no siempre es satisfactorio, con altas tasas de cirugías mutilantes.

Se carece de información metodológica para su estudio y tratamiento conservador, solo existe información anecdótica. El tratamiento histeroscópico, en caso de embarazo cervical, se ofrece cuando las condiciones son óptimas. El metotrexato se indica conjuntamente por vía parenteral e intramniótica junto con KCL en la instilación intramniótica. Quedan por establecerse los diámetros del saco gestacional que deben coexistir para que el tratamiento se considere susceptible o, en su defecto, la longitud cardioembrionaria, las cifras de HGC idóneas, y si aún hay sangrado transcervical puede intentarse el tratamiento histeroscópico. Se desconoce el grado de infiltración a la pared cervical.

REFERENCIAS

1. Cerna-Rodríguez MD. Embarazo ectópico. *Ginecología y Obstetricia aplicadas*. México: JGH Editores, 2000;23,30.
2. Plascencia-Moncayo N y col. Embarazo cervical. Tres casos. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76:744-747.
3. Baptisti AJR. Cervical Pregnancy. *Obstet Gynecol* 1958;3:353-358.
4. Ranade V, et al. Cervical pregnancy. *Obstet Gynecol* 1978;51:502-505.
5. Segna RA, et al. *Obstet Gynecol* 1990;76: 945-947.
6. Montañana PP y col. Embarazo ectópico cervical. Resolución por histeroscopia a propósito de un caso. *Rev Iberoam Rep* 2004;21:201-205.
7. Eun Hwan J, et al. Triplet Cervical Pregnancy treated with Intraamniotic Metotrexato. *Obstet Gynecol* 2002;100:5.
8. Pérez-Medina, Rayward J. Embrioscopia transcervical, Histeroscopia diagnóstica y terapéutica. México: Médica Panamericana 2008;178-187.
9. Vizcaíno-Magaña CV y col. Embarazo cervical. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. *Ginecol Obstet Mex* 2006;74:594-598.
10. Molina-Sosa MD. Tratamiento conservador, laparoscópico y médico del embarazo ectópico. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75: 539-548.
11. Rojas-Mora E y col. Tratamiento médico del embarazo ectópico no roto. *Ginecol Obstet Mex* 2004;72:135-141.
12. Madrazo-Basauri M. Valoración clínica del embarazo ectópico (hace 55 años). *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:304-307.
13. Gutiérrez-Najar A, Rivas-López R. Embarazo ectópico persistente. Implantación tardía útero peritoneal. Comunicación de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2008;76:182-186.
14. Mancera-Reséndiz MD y col. Embarazo heterotópico espontáneo. Reporte de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79:377-381.
15. Ramírez-Arreola MD y col. Embarazo ectópico cornual. Comunicación de un caso y revisión retrospectiva de cinco años. *Ginecol Obstet Mex* 2007;75:219-223.
16. Barrón-Vega R de J. Embarazo ectópico. *Obstetricia y Medicina perinatal. Temas selectos. Tomo 1*. México: COMEGO 2006;16:165-171.
17. Scutiero G, et al. Cervical pregnancy treated by uterine embolization combined with Office hysteroscopy. *Eur J Obstet GYN RB* 2013;166:104-106.