

Embarazo ectópico cervical. Informe de un caso

**Edith
Calderón Lozano,¹
Bernardo
Badillo García²**

¹Gineco-obstetra,
Hospital General
Regional
"Vicente Guerrero"
²Residente
de segundo año
de medicina familiar,
Unidad de Medicina
Familiar 9

Delegación Estatal
del Instituto Mexicano
del Seguro Social
en Guerrero

Comunicación con:
Edith Calderón Lozano.
Tel.: 01 (744) 445 5340

RESUMEN

El embarazo ectópico cervical es una complicación poco frecuente que representa un riesgo serio para las pacientes y un reto para el gineco-obstetra. Se refiere el caso de una paciente con factores de riesgo para embarazo cervical. A las nueve semanas de gestación presentó cuadro clínico de amenaza de aborto; el ultrasonido indicó saco gestacional en el istmo cervical. La impresión diagnóstica fue de huevo muerto retenido. Al realizar legrado uterino instrumental se encontró sangrado transvaginal, que se intentó controlar conservadoramente mediante compresión endocervical con gasas y administración de ergonovina y oxitócico, sin conseguir detener el sangrado. Se realizó histerectomía abdominal y la pieza quirúrgica fue enviada para estudio histopatológico. En pacientes con cesárea previa, multiparidad, legrado uterino instrumental y edad mayor de 34 años, puede presentarse embarazo ectópico cervical.

SUMMARY

Cervical ectopic pregnancy is an uncommon complication and represents a serious risk for patients and a challenge to the Obstetrician-Gynecologist. We present the case of a patient with risk for cervical pregnancy. After 9 weeks of gestation, the patient presented clinical symptoms of miscarriage; the ultrasound found a gestational sac at cervical isthmus, and a dead embryo. Dilatation and curettage was carried out, presenting severe transvaginal bleeding. Endocervical compression infusion with ergonovin, and oxytocin did not stop vaginal bleeding and abdominal hysterectomy was done. The histopathology study confirmed the diagnosis. In every patient with a previous cesarean section age > 34, multiple gestation, and dilatation and curettage we recommend, always that this complication must be borne in mind.

Introducción

El embarazo ectópico cervical es una complicación rara, su frecuencia es de 1 entre 1800 a 2500 embarazos; representa 0.07 a 0.1 % de todos los embarazos ectópicos.^{1,2} El embarazo cervical resulta de la implantación del trofoblasto en el canal cervical, región que al no tener capa media plexiforme no se contrae y el control de los sangrados se dificulta, representando una verdadera urgencia obstétrica.^{3,4} La implantación cervical puede desarrollarse de tres maneras:

- El saco gestacional puede crecer hacia el orificio cervical externo y la interrupción puede simular una menstruación anormal.

- El saco gestacional puede alcanzar la cavidad uterina con una evolución normal del embarazo, aun cuando la placenta esté implantada en el orificio cervical interno.
- El saco gestacional ectópico puede desarrollarse completamente en el canal cervical y producir una *catástrofe obstétrica*.⁵

La etiología de este tipo de embarazo es desconocida; algunos autores refieren factores relacionados. Studolsford propuso la posibilidad de un transporte rápido del óvulo fertilizado, que causa su ingreso al canal cervical antes de poder anidar.⁶ Parente y colaboradores sostienen que el daño de la línea endometrial podría hacerla inapropiada para su nidación y favorecer la implantación cervical (cuadro I).⁷ Suha

Palabras clave

- ✓ embarazo cervical
- ✓ primer trimestre del embarazo
- ✓ embarazo ectópico
- ✓ histerectomía

Key words

- ✓ cervical pregnancy
- ✓ pregnancy, first trimester
- ✓ pregnancy, ectopic
- ✓ hysterectomy

Sonmez y colaboradores refieren que la edad avanzada y la multiparidad podrían resultar en incompetencia del orificio cervical interno.⁸ El mecanismo de sangrado en el embarazo ectópico cervical se debe a que las mucosas endo y exocervical no pueden producir reacción decidual efectiva. Además, el cérvix —con su escaso 15 % de músculo liso— no puede alcanzar una hemostasia mecánica efectiva ni responder a los fármacos uterotónicos.

Para el embarazo ectópico cervical existen criterios clínicos, ultrasonográficos y anatomopatológicos específicos. En 1911 Rubin estableció los primeros criterios anatomopatológicos:^{9,10}

Cuadro I
Factores de riesgo, causas y aspectos diagnósticos del embarazo ectópico cervical

Factores de riesgo

1. Edad materna entre 35 y 44 años
2. Embarazo en presencia de dispositivo uterino
3. Transferencia embrionaria
4. Fertilidad *in vitro*
5. Liomioma

Causas de alteración de la línea endometrial

1. Infección
2. Miomatosis uterina
3. Endometrio atrófico
4. Útero septado
5. Cicatrices de cesáreas previas
6. Cirugía del útero
7. Legrado uterino
8. Dispositivo intrauterino
9. Anticoncepción oral

Aspectos para el diagnóstico

1. El útero que rodea al cuello es más pequeño
2. No está dilatada la boca interna del cuello
3. El legrado de la cavidad endometrial no produce tejido placentario
4. La boca externa se abre con mayor prontitud que en el aborto espontáneo
5. Hemorragia uterina indolora durante el primer trimestre (signo característico)

- Las glándulas cervicales deben estar en oposición a la inserción placentaria.
- La inserción placentaria en el cérvix debe ubicarse por debajo de los vasos uterinos, o por debajo de la angulación peritoneal de la superficie anterior y posterior del útero.
- No debe haber elementos fetales en la cavidad uterina.

Palman y McElin propusieron cinco criterios clínicos:¹¹

- Hemorragia uterina sin calambres luego de un periodo de amenorrea.
- Cérvix blando y agrandado cuyo tamaño es igual o mayor que el fondo del útero (útero en forma de reloj de arena)
- Producto de la concepción totalmente limitado adentro y firmemente adherido al endocérvix.
- Orificio cervical interno cerrado.
- Orificio externo parcialmente abierto.

Los criterios ultrasonográficos son:^{12,13}

- Cavidad uterina libre de ecos o presencia de un saco gestacional falso.
- Transformación decidual de la pared uterina.
- Estructura difusa de la pared uterina.
- Forma del útero en reloj de arena.
- Conducto cervical globoso.
- Saco gestacional en el endocérvix.
- Tejido placentario en el conducto cervical.
- Orificio cervical interno cerrado.

Aquí informamos de un embarazo cervical en una paciente tratada inicialmente en forma conservadora aun cuando el ultrasonido indicaba embarazo en el istmo.

Presentación del caso

Mujer de 34 años de edad en su quinta gestación, con antecedentes de dos abortos, parto eutócico 12 años antes, legrado uterino posparto por retención de restos placentarios y cesárea siete años antes por placenta previa. Ingresó al Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital General Regional “Vicente Guerrero”, en Guerrero, por amenaza de aborto.

El ultrasonido obstétrico indicó embarazo de nueve semanas, saco gestacional localizado en el istmo y ausencia de frecuencia cardíaca fetal y de actividad somática. La impresión diagnóstica fue que había huevo muerto retenido. Se llevó a cabo legrado uterino instrumental durante el cual se presentó sangrado profuso transvaginal (casi 600 mL). Sin éxito se intentó tratamiento conservador mediante compresión endocervical con gasas y administración de ergonovina y oxitócico intravenosos. Se realizó histerectomía abdominal, encontrándose útero con perforación en istmo cervical posterior y placenta firmemente adherida a esta porción; se requirió hemotransfusión. La evolución posoperatoria de la paciente fue tórpida: presentó dolor abdominal y edema púbico; la ultrasonografía pélvica mostró imagen hipoeoica con áreas hiperecoicas que parecían estar relacionadas con gas de 4.4 x 4.4 mm sin colecciones paracólicas ni en espacio de Morrison. El diagnóstico fue probable absceso pélvico.

Treinta y seis horas después de la histerectomía se realizó culdoscentesis con resultado negativo. Después de ocho días de estancia hospitalaria y quinto día poscesárea, la paciente egresó estable a su domicilio. El estudio histopatológico reveló útero posgravídico, embarazo cervical, cervicitis aguda isquémica hemorrágica, endometrio hipersecretor y edema miometral moderado (figura 1).

barazo cervical está en relación estrecha con la edad gestacional, condiciones clínicas y paridad de la paciente. En la literatura se menciona una serie de pautas terapéuticas que comprenden cerclaje cervical, taponamiento cervical mecánico, embolización arterial uterina y uso coadyuvante de metotrexate. Estos tratamientos dan buenos resultados antes de las ocho semanas de gestación; entre las semanas 18 y 20 ésta indicada la histerectomía total.

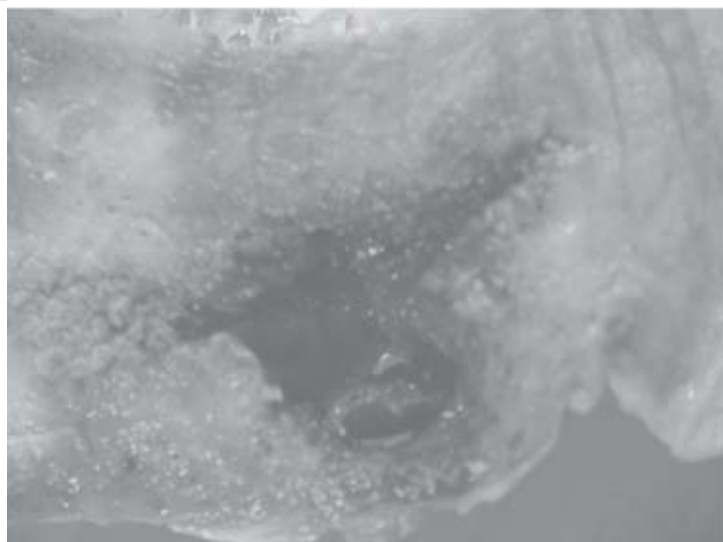


Figura 1. Corte parasagital de útero. Puede observarse la perforación que provocó hemorragia

Comentarios

El cérvix es un sitio raro y peligroso de implantación placentaria porque el trofoblasto puede penetrar a través de la pared cervical o hacia la irrigación uterina.

La gestación cervical con frecuencia se confunde con un proceso neoplásico debido a la marcada vascularidad y el aspecto friable del cérvix. Puede haber hemorragia profusa si la placenta se confunde con un tumor y se realiza biopsia; también puede confundirse con aborto espontáneo en el cual el producto de la concepción queda retenido en el canal endocervical.

Dado que un verdadero embarazo cervical es incompatible con un feto viable, la implantación anormal en general produce síntomas durante el primer trimestre. El manejo del em-

El embarazo ectópico cervical continua siendo un gran reto para el gineco-obstetra y para el personal médico encargado de los estudios complementarios de diagnóstico. Aun cuando la paciente referida presentaba factores de riesgo para embarazo cervical, no se consideró este diagnóstico sino hasta que en el legrado uterino se observó sangrado transvaginal profuso por la invasión trofoblástica que ocasionó perforación uterina.

Conclusiones

A pesar de ser una complicación rara, siempre habrá que considerar la posibilidad de embarazo ectópico cervical en pacientes multigestas y de edad avanzada, con antecedentes de legrado

uterino instrumental y cesárea previa. La mayor parte de las ocasiones se requiere la realización de histerectomía abdominal debido a la pérdida sanguínea aguda que representa una verdadera urgencia obstétrica. El tratamiento dependerá de las condiciones clínicas de cada paciente, edad gestacional del producto y paridad de la paciente.

Referencias

1. Cano-López LML, Vital-Reyes VS, Alvarado-Cabrero I, Ferreira-Ríos A, Hinojosa-Cruz JC. Esterilidad primaria y embarazo cervical: a propósito de un caso. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:451-455.
2. Carson S, Buster J. Ectopic pregnancy. *N Engl J Med* 1993;329(16):1174-1179.
3. Porcile A, San-Martín. Embarazo ectópico o ectociesis. *Ginecol Obstet Chile* 1999:1-9.
4. Timor-Trisch I, Monteagudo A, Mandeville E, Peisner D, Parra-Anaya G, Pirrone E. Successful management of viable cervical pregnancy by local injection of methotrexate guided by transvaginal ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol* 1994;49:169-185.
5. Estiu MC, Nemer C, Perone C, Campos-Flores J, Falgucira A, Juncas C, et al. Tratamiento conservador del embarazo ectópico cervical. *Rev Hosp Mat Infant Ramon Sarda* 1999;18(1):36-39.
6. Studolsford WE. Cervical pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1945;49:169-185.
7. Parente JT, Chau-su O, Levi J, Legatt E. Cervical pregnancy analysis. *Obstet Gynecol Surv* 1996;52:45-59.
8. Suha-Sonmez A. Cervical pregnancy. *Act Obstet Gynecol Scand* 1994;73:734-738.
9. Leeman L, Wendland C. Cervical ectopic pregnancy. *Arch Fam Med* 2000;9:72-77.
10. Rubin IC. Cervical pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1945;49:169-185.
11. Cunninham G, McDonald PC, Gant N, Levenok, Gilstrap L. Embarazo ectópico. En: Williams Obstetricia. México: Masson; 1996. p. 679-706.
12. Centini G, Rosignoli L, Severi F. A case of cervical pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1994;171:272-273.
13. Stawall T McCord. Pérdida temprana del embarazo y embarazo ectópico. En: Berek JS, editor. Ginecología de Novak. México: McGraw-Hill-Interamericana; 1997. p. 487-523. **rm**