

Manejo conservador en embarazo ectópico cervical: reporte de un caso clínico

Jorge Luis Rodríguez-Sánchez, Deyra Izet Juárez-Leaños, Jorge González-Moreno,
Jesús Salvador Juárez-López y Karen García-Ruan.

Autor para correspondencia

Jorge Luis Rodríguez Sánchez. División de Ginecología y Obstetricia Hospital Civil de Guadalajara
Dr. Juan I. Menchaca Salvador Quevedo y Zubieta # 750 6o Piso Col. Independencia Guadalajara,
Jalisco. México. CP: 44100 Tel. 36-18-93-62 Ext 1157
Contacto al correo electrónico: jorge_284@hotmail.com

Palabras clave: cérvix, embarazo ectópico, manejo conservador, metrotexate.

Keywords: ectopic, cervical pregnancy, cesarean section, assisted reproduction.



Manejo conservador en embarazo ectópico cervical: reporte de un caso clínico

Rodríguez-Sánchez JL, Juárez-Leaños DI, González-Moreno J, Juárez-López JS, García-Ruan K

Resumen

El embarazo cervical es una forma rara de embarazo ectópico localizado en el revestimiento del canal endocervical, presentándose en menos del 1% de los embarazos ectópicos teniendo una incidencia de aproximadamente 1 en 9000 embarazos. Se presenta con mayor frecuencia en aquellos embarazos logrados a través de técnicas de reproducción asistida, ocurriendo en un 0.1% de los embarazos de fertilización in vitro.

Su etiología es desconocida, sin embargo se han asociado el antecedente de patología cervical, antecedente de cirugía cervical o uterina, historia previa de parto, cesárea o curetage. Otra teoría es el rápido transporte del óvulo fecundado en el canal endocervical antes de que sea capaz de anidación o debido a un endometrio no receptivo. Presentamos el caso de una paciente joven embarazada con embarazo ectópico cervical.

Palabras clave: *ectópico, embarazo cervical, cesárea, reproducción asistida.*

Conservative handling on cervical ectopic pregnancy. A case report

Abstract

The cervical pregnancy is an rare manner of ectopic pregnancy located on the endocervical canal coating, being present on less than 1% of ectopic pregnancy with an approximate incidence of 1 in 9000 pregnancies. Its most frequently present in those pregnancies accomplished through assisted reproduction techniques, occurring in 0.1% of the fertilization in vitro pregnancies. Its etiology is unknown; however, the antecedents of cervical pathology and cervical or uterine surgery, previous pregnancy background, cesarean section or curettage have been associated. Another theory is the rapid transport of the fecundated egg on the endocervical canal before is capable of nesting or due to a non-receptive endometrium.

Key words: *ectopic, cervical pregnancy, cesarean section, assisted reproduction.*

División de Ginecología y Obstetricia,
Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I.
Menchaca", Guadalajara, Jalisco, México.

Autor para correspondencia

Jorge Luis Rodríguez Sánchez. División
de Ginecología y Obstetricia Hospital
Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca
Salvador Quevedo y Zubieta # 750 6o Piso
Col. Independencia Guadalajara, Jalisco.
México. CP: 44100 Tel. 36-18-93-62 Ext
1157

Contacto al correo electrónico:
jorge_284@hotmail.com

Reporte de caso

Se trata de paciente femenina de 16 años de edad, Gesta 2, Cesárea 1, con embarazo de 8.3 semanas de gestación (SDG) por fecha de última menstruación, la cual ingresa al servicio de urgencias de tococirugía por presentar sangrado transvaginal escaso y dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio. Se realiza prueba de embarazo en orina, obteniendo resultado positivo. Se realiza ultrasonido en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”, donde se diagnostica embarazo ectópico cervical de 6.3 SDG x longitud céfalo caudal de 6mm sin frecuencia cardíaca fetal (Figura 1A). Los exámenes laboratoriales generales se reportaron en parámetros normales con niveles de Hormona Gonadotrofina coriónica fracción de β (HGC- β) de 1,000mUI/ml (Tabla 1).

Para el tratamiento se decide administrar metotrexate a dosis de 1 mg/kg vía intravenosa los días 1-3-5 en combinación con ácido fólico los días 2-4-6, sin presentar complicación alguna. El día 3 se realiza nueva medición de niveles de HGC- β , la cual reporta 263 mUI/ml, el día 6 se toma nuevo control, siendo de 124 mIU/ml. Ese día presenta expulsión del saco gestacional sin complicaciones. Se realizó ultrasonido posterior a la expulsión de saco gestacional, corroborándose un aborto completo. (Figura 1B) Se egresa para continuar seguimiento por consulta externa.

Discusión

En la literatura para el manejo del embarazo ectópico cervical, se recomienda manejo conservador en pacientes hemodinámicamente estables utilizando terapia de multidosis de metotrexate con inyección intramniótica o intrafetal con cloruro de potasio en caso de existencia de actividad cardíaca fetal. En ausencia de actividad cardíaca la literatura recomienda el uso de metotrexate sistémico como única terapia en embarazos tempranos (Cuadro 1). Este tratamiento resulta en la ablación del embarazo ectópico y en la preservación del útero en al menos 80% de los casos. El diagnóstico y tratamiento temprano ha llevado a la disminución de realización de histerectomía secundaria a hemorragias masivas.

La experiencia con el uso de metotrexate como tratamiento conservador para el embarazo ectópico cervical se limita a

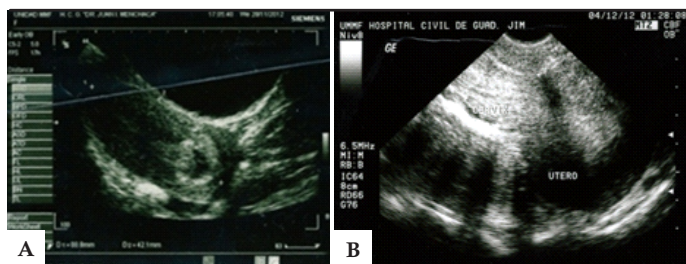


Figura 1. A. Imagen sonográfica de saco gestacional a nivel cervical. B. Ultrasonido después de la expulsión del saco gestacional.

Tabla 1. Exámenes generales de la paciente

Examen	Día 0	Día 3	Día 6
Hb	12.6g/dl	11.6g/dl	11.3g/dl
HTO	38%	36%	33%
Plaquetas	252,000/mm ³	238,000/mm ³	221,000/mm ³
Leucocitos	6,300/mm ³	7.800/mm ³	8.900/mm ³
Glucosa	68mg/dl	98mg/dl	84mg/dl
Creatinina	0.7mg/dl	0.5mg/dl	0.6mg/dl
Urea	18mg/dl	14mg/dl	20mg/dl
TGO	23mU/ml	31mU/ml	35mU/ml
TGP	18mU/ml	22mU/ml	25mU/ml
DHL	180mU/ml	205mU/ml	294mU/ml
BT	0.8mg/dl	0.6mg/dl	0.9mg/dl
EGO	Normal	Normal	Normal
TP	10s	9s	11s
TTP	38s	41s	38s
Fibrinógeno	452mg/dl	402mg/dl	333mg/dl
HGC-B	>1000mU/ml	263mU/ml	124mU/ml

Hb, hemoglobina; HTO, hematocrito; TGO, transaminasa glutámico oxalacética; TGP, transaminasa glutámico-piruvica; DHL, deshidrogenasa láctica; BT, bilirrubinas totales; EGO, examen general de orina; TP, tiempo de protrombina; TTP, tiempo parcial de tromboplastina; HGC-B, gonadotrofina coriónica humana B.

Cuadro 1. Candidatas óptimas para tratamiento con metotrexate

Estado hemodinámico
Estable
Fracción Beta de hormona gonadotropina coriónica humana
< 5000mU/ml
Frecuencia cardíaca fetal
Ausente
Tamaño de masa*
< 3 – 4cm

*El tamaño de la masa ectópica menor de 3 a 4 cm también se usa como un criterio de selección de los pacientes, sin embargo, esto no ha sido confirmado como un predictor de tratamiento exitoso.

reportes de casos. Varios esquemas terapéuticos se han utilizado: metotretaxe sistémico en dosis única o multidosis, inyección local intramniótica de metotrexate o cloruro de potasio, o combinaciones de ellas; se ha visto una eficacia del 80-90% de los casos, sin evidencia de complicaciones diferentes a las esperadas por el uso de metotrexate.

Conclusiones

Las candidatas óptimas para tratamiento médico con MTX en embarazo ectópico presentan eficacia de 90% para la resolución del mismo, por lo que debe ser una opción terapéutica en toda paciente que tenga deseo de preservar la capacidad reproductiva, como fue el caso de esta paciente.

Referencias bibliográficas

1. Christine E. Reissmann, Tamme W. Goecke, Matthias W. Beckmann1, *et al*, Low-dose methotrexate administration in the management of cervical pregnancy, *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2009; 10: 99-103.
- 2.- Chin-Yi Lin, Chung-Yu Chang, Huei-Ming Chang, *et al*, Cervical Pregnancy Treated with Sistemic Methotrexate Administration and Resectoscopy, *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008; 47:443-447.
- 3.- Grigoris Grimbizis, Kostantinos Chatzigeorgiou, Tryfon Tsalikis, *et al*. Evacuation of the cervix after methotrexate administration in the treatment of cervical pregnancy: five cases, *Reproductive BioMedicine Online*, 2006;12:487-492.
- 4.- Rubio A, *et al*. Embarazo ectópico cervical. Tratamiento médico conservador *Prog Obstet Ginecol*. 2005; 48:353-356.
- 5.- Yankowitz J, Leake J, Huggins, *et al*. Cervical ectopic pregnancy: review of the literature and report of a case treated by single-dose methotrexate therapy. *Obstet Gynecol Surv* 1990;45:405.
- 6.- Bouyer J, Coste J, Fernandez H, *et al*. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002; 17:3224.
- 7.- Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, *et al*. Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv* 1997; 52:45
- 8.- Vela G, Tulandi T. Cervical pregnancy: the importance of early diagnosis and treatment. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14:481.
- 9.- Karande VC, Flood JT, Heard N, *et al*. Analysis of ectopic pregnancies resulting from in-vitro fertilization and embryo transfer. *Hum Reprod* 1991; 6:446.
- 10.- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2006; 86:S96.
- 11.- American College of Obstetrician and Gynecologist, Medical management of ectopic pregnancy. *ACOG Practice Bulletin* 94. 2008.