

Casos Clínicos

Caso clínico: embarazo ectópico cervical, presentación de un caso clínico.

Bárbara Arozamena Llano, Alberto Muñoz Solano, Ana Isabel Merino Fernández.

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

RESUMEN

Antecedentes: El embarazo cervical es una forma rara del embarazo ectópico y representa < 1% de todos los embarazos ectópicos.

Objetivo: Se presenta el caso de un embarazo ectópico cervical. Se realiza una revisión literaria sobre las diferentes opciones de manejo y tratamiento.

Caso clínico: Mujer de 32 años en la semana 7+4 de embarazo en la que se objetiva un saco gestacional ístmico vascularizado, que ofrece dudas diagnósticas. Se establece el diagnóstico de embarazo ectópico cervical y se realiza un cerclaje por metrorragia.

Conclusión: El embarazo ectópico cervical sigue siendo un reto importante en el campo del embarazo. El éxito del tratamiento conservador depende principalmente del diagnóstico precoz, lo que puede reducir las posibilidades de hemorragia grave y de histerectomía.

PALABRAS CLAVE: embarazo cervical, cerclaje, metotrexate.

ABSTRACT

Background: Cervical pregnancy is a rare type of ectopic pregnancy and it represents <1% of all ectopic pregnancies. Objective: The case of a cervical ectopic pregnancy is presented. A literary review is carried out on the different management and treatment options.

Case report: A 32-year-old woman in week 7 + 4 of pregnancy in which is objctived a vascularized isthmic gestational sac, which ofeers diagnostic doubt. The diagnosis of ectopic cervical pregnancy is established and cercaclage is performed by metrorrhagia.

Conclusion: Cervical ectopic pregnancy remains a major challenge in the field of early pregnancy. The success of conservative treatment depends primarily on early diagnosis, which may reduce the chances of severe bleeding and require a hysterectomy.

KEY WORDS: cervical pregnancy, cerclage, methotrexate.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico cervical es una forma rara de embarazo ectópico y representa menos del 1% de todos los embarazos ectópicos. Ocurre en 1 de cada 1000 - 18000 embarazos^{1,4}. Supone un caso de alto riesgo ya que puede presentarse como una hemorragia potencialmente mortal, secundaria a la lesión de los vasos sanguíneos cervicales, en la cual puede ser necesaria la realización de una histerectomía para salvar la vida de la paciente. El diagnóstico precoz y el manejo no quirúrgico ayudan a disminuir la mortalidad y la morbilidad materna¹.

Caso clínico

Mujer de 37 años, secundigesta, con antecedente de un aborto diferido, y con un síndrome antifosfolípido. Embarazo conseguido mediante inseminación artificial, por factor masculino. En tratamiento con ácido acetil salicílico de 100 mg y enoxaparina de 40 mg.

Acude a control ecográfico en la semana 7+4 objetivándose un saco en canal cervical de 11x4 mm, con intensa vascularización, sin estructuras embrionarias en su interior y con un valor de gonadotropina coriónica humana (β -hcg) de 1526 mUI/ml.

Se realiza nuevo control de β -hcg a 48 horas con un valor de 1438 mUI/ml. Se establece el diagnóstico de aborto diferido y se administra mifepristona oral y misoprostol vaginal de manera ambulatoria. A la semana se realiza nuevo control ecográfico objetivándose una cavidad endometrial de 7 mm con persistencia de la imagen sacular en istmo cervical. Se administra una segunda tanda de tratamiento ambulatorio con control ecográfico y β -hcg en una semana. En el control se obtiene una β -hcg de 832,3 mUI/ml y se visualiza una persistencia de la imagen sacular de 11x 4 mm a nivel de istmo. Se establece el diagnóstico de embarazo ectópico cervical.

La paciente continúa con controles de β -hcg semanales con valores en descenso hasta alcanzar un valor de 115.8 mUI/ml. A las 48 horas de obtener dicho valor, la paciente acude al servicio de urgencias por un metrorragia mayor que menstruación. Se realiza un abordaje quirúrgico con ligadura de vasos paracervicales y cerclaje cervical con la técnica de McDonald, tras la cual cede el sangrado. Se mantiene el ingreso hospitalario durante 5 días y a las tres

semanas del alta hospitalaria se realiza nuevo control en la consulta, objetivándose una β -hcg negativa y una persistencia de la imagen sacular con menos vascularización. Finalmente, ante la estabilidad clínica y β -hcg negativa, a la semana, se retira el cerclaje y se mantienen controles con valores negativos de β -hcg y desaparición de la imagen a nivel de istmo.

DISCUSIÓN

La etiología sigue siendo desconocida. Una de las teorías que se postula es el rápido transporte del óvulo por el canal cervical antes de su anidación⁶. Los factores de riesgo del embarazo ectópico cervical incluyen: fibrosis, Síndrome de Asherman, dispositivo intrauterino, técnicas de reproducción asistida, manipulación previa del cérvix y enfermedad pélvica inflamatoria. Factores puramente mecánicos como miomas, malformaciones uterinas y alteraciones en el tono uterino también han sido propuestos^{2,3,5}.

Aunque la tasa de mortalidad ha disminuido en las tres últimas décadas, la cual era del 40-50%, continúa siendo una causa de mortalidad en las mujeres en edad reproductiva que oscila entre 0-6 %⁴.

Cuando una mujer en edad reproductiva presenta un test de embarazo positivo, dolor y sangrado vaginal se debe considerar la posibilidad de un embarazo extrauterino.

Una vez que el embarazo ha sido confirmado mediante β -hcg sanguínea o urinaria, la ecografía transvaginal es la prueba de imagen óptima para la localización del embarazo. Ya que permite localizar tanto los embarazos intrauterinos como los extrauterinos. Una medición aislada de β -hcg no es fiable para distinguir entre un embarazo intra o extrauterino. Sin embargo, la correlación con mediciones seriadas de los niveles de β -hcg puede ser útil para una interpretación precisa de los hallazgos ecográficos. Lo habitual es que con valores de β -hcg de 2000-3000 mUI/ml se visualice el embarazo mediante la ecografía transvaginal³.

Los criterios clínicos establecidos en 1959 por Paalman and McElin son: sangrado vaginal, cérvix aumentado de tamaño en proporción igual o mayor al cuerpo uterino (útero en reloj de arena), estructuras embrionarias firmemente unidas al endocérvix, orificio cervical interno cerrado, orificio cervical externo parcialmente abierto^{1,2,6,7}.

En 1978, Raskin sugirió cuatro criterios de diagnóstico ecográfico: (1) ampliación del cuello uterino, (2) ampliación uterina, (3) ecos intrauterinos amorfos difusos, (4) ausencia de embarazo intrauterino. En 1996, Jurkovic propuso dos criterios adicionales de diagnóstico para distinguir el embarazo ectópico cervical del aborto en curso. (5) El "signo deslizante" detectado cuando el saco gestacional, de un aborto, se desliza contra el canal endocervical después de una presión suave sobre el cuello uterino con la sonda vaginal. Signo que no se vería en un embarazo cervical implantado. (6) La demostración del flujo sanguíneo peritrofoblástico con el Doppler de flujo color. El saco no viable, no tendría tal flujo sanguíneo ^{2,6,7}.

Los principios generales para un manejo conservador deben incluir: minimizar el riesgo de hemorragia, eliminar los productos gestacionales y preservar el útero y/o fertilidad. Con el acceso a la ecografía transvaginal y a la rápida evaluación de la β -hcg, los embarazos ectópicos se detectan de manera más precoz. Por lo tanto encontramos mujeres más estables, a las que se las puede ofrecer un tratamiento más conservador ^{4,7}.

Se puede realizar un manejo expectante en pacientes de bajo riesgo y con niveles de β -hcg bajos o con niveles decrecientes ^{3,6}.

El tratamiento médico consiste en la administración de metotrexate (MTX). El régimen de dosis varía considerablemente. Se puede administrar una dosis única intramuscular de 50 mg/m² con monitorización de los niveles séricos de β -hcg en los días 4 y 7. Si hay diferencia en los niveles del 15 % o más, se repite semanalmente la determinación de β -hcg sérica. Si es menor se debe repetir dosis. También se pueden utilizar múltiples dosis: 1mg/ kg intramuscular (día 1, 3, 5, 7 y 9) con o sin 0.1 mg/kg de ácido fólico (leucovorin) en días alternos. El MTX también se puede usar intracervical o intraamniótico en una dosis de 50 mg/m². Sin embargo, hay mayor posibilidad de un sangrado activo tras la administración local, causado por la rotura intraamniótica ^{1,2,3,4}.

La inyección de cloruro potásico (3-5 mL de 2 MEq/mL) guiada mediante ecografía transvaginal es una alternativa al MTX cuando este ha fallado. Se puede utilizar sola o asociada a quimioterapia sistémica ².

También se pueden utilizar prostaglandinas junto con mifepristona, para impedir el desarrollo del embrión o acelerar la muerte embrionaria asociada a legrado ^{2,4}.

Como técnicas quirúrgicas se han descrito y utilizado las siguientes:

- Legrado con riesgo del 40 % de histerectomía por sangrado. Es especialmente útil cuando esta técnica se combina con otras medicaciones o técnicas quirúrgicas para minimizar el sangrado ^{2,4,7}.

- Embolización de arterias uterinas: provoca una oclusión de los vasos sanguíneos de una duración de dos a seis semanas. Esta técnica puede producir: infertilidad, pérdida de la reserva ovárica y complicaciones en futuros embarazos. Los factores de riesgo de recurrencia del sangrado vaginal son: la actividad cardíaca fetal previa a la terapia y/o persistencia de niveles altos de β -hcg ^{2,3}.

- Cerclaje ^{2,4,7}.

En las pacientes hemodinámicamente inestables se debe realizar una histerectomía total. Sabiendo que existe riesgo de lesión de la vía urinaria por la morfología en tonel del cuello uterino ^{2,3,4}.

CONCLUSIÓN

El embarazo ectópico cervical sigue siendo un reto importante en el campo del embarazo precoz. El aumento del número de casos se debe a factores de riesgo como la alta tasa de cesárea y el aumento del uso de técnicas de reproducción asistida. El éxito del tratamiento conservador depende principalmente del diagnóstico precoz, lo que puede reducir las posibilidades de hemorragia grave y de una histerectomía.

Conflicto de intereses.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sunil Kumar S, Setu Rathod. Cervical ectopic pregnancy. *J Nat Sci Biol Med* 2015; Jan-Jun; 6(1): 257–260.
2. Maged Hosni M, Herath R, Rashid M. Diagnostic and Therapeutic Dilemmas of cervical ectopic pregnancy. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2014; 69(5).

3. Dibble E, lourenco A. Imaging Unusual Pregnancy Implantations: Rare Ectopic Pregnancies and More. AJR 2016; 207: 1-13.
4. Mashiach S, Admon D, Oelsner G, Paz B, Achiron R, Zalel Y. Cervical Shirodkar cerclaje may be the treatment of choice for cervical pregnancy. Human Reproduction 2002; 17 (2): 493-496.
5. Boza A, Boza B, Api M. Cesarean Scar Pregnancy Managed with Conservative Treatment. IJMS 2016; 41 (5).
6. Kirk E, Condous G, Haider A, Syed A, Ojha K, Bourne T. The conservative management of cervical ectopic pregnancies. Ultrasound Obstet Gynecol 2006; 27; 430-437.
7. Mouhajer M, Obed S, Okpala A. Cervical Ectopic Pregnancy in Resource Deprived Areas: A rare and Difficult Diagnosis. Ghana Med J 2017; 51(2): 94-97.



Figura 1. Saco gestacional localizado en cervix uterino.