

# Embarazo ectópico cervical a propósito de un caso

Dra. Margot Meza-Aranda<sup>1</sup>

## INTRODUCCIÓN

Se define como embarazo ectópico cervical (EEC) a la implantación del huevo fertilizado a nivel del orificio cervical interno (OCI) o por debajo del mismo.

Tiene una incidencia es de 1 caso cada 1 000 a 18 000 y representa de 0,07% a 0,1% de todos los embarazos ectópicos.

La mortalidad materna por embarazo ectópico cervical se ha reducido en los últimos años (0,6%-1%) gracias al diagnóstico y tratamiento precoz. La hemorragia masiva tiene una frecuencia cercana al 30%.<sup>1-3</sup>

La etiología de este tipo de embarazo es desconocida; algunos autores proponen la posibilidad de un transporte rápido del óvulo fertilizado, que causa su ingreso al canal cervical antes de poder anidar. Otros sostienen que el daño de la línea endometrial podría hacerla inapropiada para su nidación y favorecer la implantación cervical. Y otros refieren que la edad avanzada y la multiparidad podrían resultar en incompetencia del orificio cervical interno.<sup>2</sup>

Los factores predisponentes más comunes asociados son el legrado, dilatación cervical, cicatrices de cesáreas previas, infecciones, malformaciones o cirugías uterinas, presencia de DIU.

El mecanismo de sangrado en el embarazo ectópico cervical se debe a que las mucosas endo y exocervicales 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 como

tratamiento de esta entidad podemos mencionar según la literatura: la histerectomía, el legrado cervical con taponamiento, el legrado cervical y prostaglandinas locales, la resección histeroscópica, las ligaduras vasculares, la embolización arterial, y el cerclaje cervical.

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 25 años, con antecedentes de legrado uterino en 2008 y 2011 multigesta nulípara (gestaciones, 3; partos, 0; abortos, 2; nacidos vivos, 0), acude al servicio de emergencia con un tiempo de enfermedad una semana, refiere metrorragia de poca a regular cantidad, cursando gestación de siete semanas de amenorrea.

Al examen ginecológico se observa el cuello uterino de aspecto normal, metrorragia escasa, y el útero ligeramente aumentado de tamaño al tacto vaginal.



Figura 1. Saco gestacional a nivel de cervix.

1. Médico radiólogo asistente del Hospital Santa Rosa

La ecografía transvaginal muestra saco gestacional de contornos irregulares implantado en el ectocérvix de 24 mm (Figuras 1 y 2), con presencia de embrión vivo con longitudcabeza-nalga (LCN) de 10 mm, y actividad cardiaca de 140 latidos por minuto (Figura 3). El dosaje de la subunidad  $\beta$  de hormona gonadotropina

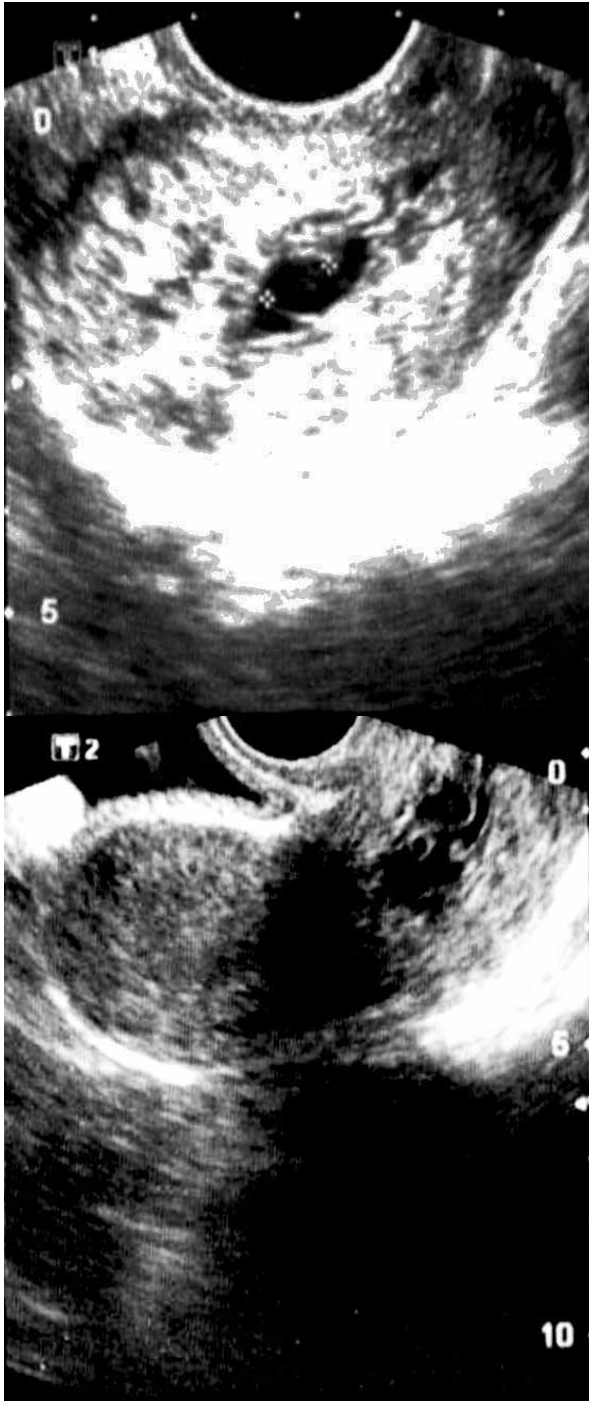


Figura 2. Embarazo ectópico cervical.



Figura 3. Embrión con actividad cardiaca.

coriónica ( $\beta$ -HCG) al ingreso fue 58 458 mUI/mL. Al cuarto día se realizó ecografía de control sin encontrarse actividad cardiaca del embrión (Figura 4). La  $\beta$ -HCG al cuarto día fue 10 000 mUI/mL.

Presenta un sangrado abundante por lo que se realiza legrado cervical bajo guía ecográfica, evoluciona en forma satisfactoria, y es dada de alta 48 horas. Los controles posteriores de  $\beta$ -HCG presentaron un progresivo descenso, con un valor menor de 2 mUI/mL a los 15 días poslegrado.



Figura 4. Embrión sin actividad cardiaca.

## DISCUSIÓN

El embarazo cervical es una inhabitual forma de presentación del embarazo ectópico, y se asocia a una significativa morbilidad e importante compromiso de la fertilidad futura. Representa menos de 1% de todos los embarazos ectópicos. El diagnóstico es generalmente tardío. El compromiso hemodinámico de la paciente puede llegar a requerir histerectomía para su resolución hasta en 50% de los casos.<sup>3,4</sup>

En el caso de la paciente curso con anemia de 7,7 gramos y tuvo como factor predisponente el antecedente de dos legrados anteriores.

En 1978, Raskin reportó el primer diagnóstico ecográfico de embarazo cervical. Desde entonces con la ayuda de la ecografía, el diagnóstico de los embarazos ectópicos cervicales ha sido en estadios más precoces del embarazo, permitiendo el uso de diversas alternativas para el tratamiento conservador.

Varios tipos de tratamiento han sido usados y por muchos años la histerectomía fue el tratamiento de elección utilizado para controlar la hemorragia masiva.

Con el desarrollo de modernas técnicas de diagnóstico, este se realiza en gestaciones precoces, lo que permite un tratamiento conservador. Entre ellos se describen en la literatura: curetaje y taponaje intracervical con balón;<sup>5</sup> curetaje y aplicación local de prostaglandinas inyectables;<sup>6</sup> aplicación de metotrexato local y/o sistémico;<sup>7</sup> cerclaje cervical hemostático;<sup>8</sup> ligadura bilateral de las arterias ilíacas internas;<sup>9</sup> ligadura de la porción descendente de las arterias uterinas;<sup>10</sup> embolización selectiva de las arterias uterinas<sup>11</sup> y, finalmente, resectoscopia histeroscópica.<sup>12</sup>

Criterios de clasificación ultrasonográfica de embarazo cervical (Ushakov).<sup>13</sup>

1. Saco gestacional en el endocérnix.
2. Presencia de una parte del canal intacta entre el saco y el OCI.
3. Invasión local del tejido endocervical por el trofoblasto.

4. Visualización de estructuras embrionarias o fetales en el saco gestacional ectópico y especialmente la demostración de actividad cardiaca.
5. Cavidad uterina vacía.
6. Decidualización endometrial.
7. Útero en reloj de arena.
8. Observación con Doppler color del flujo arterial peritrofoblasto intracervical.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Briceño Pérez C. Embarazo cervical. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2002; 62(4).
2. Novack. Tratado de ginecología. 18.ª Ed. Editorial Interamericana; 2009.
3. Ardaens Y, Guerin B. Ecografía en la práctica ginecología. Masson; 1994.
4. Plasencia Moncayo N, Hernández MP. Embarazo cervical.
5. Spitzer D, Steiner H, Graf A. Conservative treatment of cervical pregnancy by curettage and local prostaglandin injection. *Hum Reprod.* 1997;12, 860-866.
6. Tejero EL, Ortega S. Gestación ectópica cervical tratada mediante punción ecoguiada intrasacular de metotrexato. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(5):325-328.
7. Kung FT, Lin H, Hsu TY. Differential diagnosis of suspected cervical pregnancy and conservative treatment with the combination of laparoscopy-assisted uterine artery ligation and hysteroscopic endocervical resection. *Fertil Steril.* 2004;81:1642-9.
8. Scott JW, Diggory PL, Edelman PJ. Management of cervical pregnancy with circumferential and intracervical obturator. *Br Med J.* 1991;1:825-826.
9. Simon P, Donner C, Delcour C. et al. Selective uterine artery embolization in the treatment of cervical pregnancy: two case reports. *Eur J Obstet. Gynecol.* 1991; 40:159-161.
10. Nelson RM. Bilateral internal iliac ligation in cervical pregnancy: conservation of reproductive function. *Trans Pac Coast Obstet Gynecol Soc.* 1979;46:44-46.
11. Su YN, Shib JC, Chiu WH, et al. Cervical pregnancy: assessment with three-dimensional power Doppler imaging and successful management with selective uterine artery embolization. *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 1999;14:284-287.
12. Ash S, Farrell SA. Hysteroscopic resection of a cervical ectopic pregnancy. *Fertil Steril.* 1996;66:842-844.
13. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv.* 1997;52:45-59.

Recibido: 20 de diciembre de 2011.

Aceptado: 29 de diciembre de 2011.

Correspondencia: Dra. Margot Meza, margotmeza20@hotmail.com