

Embarazo Cervical: Reporte de Caso Revision Bibliografica

Cervical Pregnancy: Case Report Literature Review

Blanca Lidia Valladares¹,
Joel Castillo¹,
María Josee Valladares²,
Diana Medina²,
Sinthia Solórzano² and
Oscar Pérez³

Resumen

Antecedentes: El embarazo ectópico se define como la implantación del blastocisto fuera de la cavidad uterina. Patología que se presenta en 1 a 2% de todos los embarazos, representan la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad materna en el primer trimestre del embarazo. Se localizan a nivel tubárico, ovárico, cervical, abdominal y otros. Los embarazo cervicales representan el 0.1% de todos los embarazos ectópicos, son casos inusuales.

Caso clínico: Paciente femenina 23 años de edad con historia de sangrado transvaginal de un día de evolución de escasa cantidad sin coágulos acompañado de dolor tipo cólico de igual evolución. Con prueba de β -hCG en orina positiva, se realiza ultrasonido el cual reporta embarazo ectópico de implantación endocervical. Al confirmar el diagnóstico y asegurarse que la paciente no sufriría riesgo se dio tratamiento médico conservador con metotrexato.

Conclusiones: La implantación del cigoto en el cérvix es muy rara. Por lo cual se debe conocer de su existencia y pensar en él, para hacer el diagnóstico temprano y poder instalar un tratamiento eficaz.

Palabras claves: Embarazo ectópico; Embarazo cervical

Abstract

Background: Ectopic pregnancy is defined as the implantation of the fertilized egg outside the uterine cavity. Pathology that occurs in 1% to 2% of all pregnancies, represent the most common cause of maternal morbidity and mortality in the first trimester of pregnancy. They are located tubal, ovarian, cervical, abdominal and other level. Cervical pregnancy represent 0.1% of all ectopic pregnancies are unusual cases.

Case report: Female patient 23 years old with a history of TVB day of evolution in small quantities without clots accompanied by cramping same type evolution. With β -hCG test in urine, ultrasound is performed which reports endocervical ectopic implantation. To confirm the diagnosis and ensure that the patient does not suffer risk conservative medical treatment was given with methotrexate.

Conclusions: The implantation of the zygote in the endocervix is very rare. Therefore one must know of their existence and think about it, to make early diagnosis and effective treatment can install.

Keywords: Ectopic pregnancy; Cervical pregnancy

- 1 Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, UNAH-VS, Honduras
- 2 Doctoras en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras en el Valle de Sula, Honduras
- 3 Medico en Servicio Social CMI San Marcos Santa Bárbara, Honduras

Correspondencia:

Sinthia Solórzano

✉ sinthiasolorzano@gmail.com

Fecha de recepción: Aug 29, 2016; Fecha de aceptación: Sep 19, 2016; Fecha de publicación: Sep 24, 2016

Introducción

El embarazo ectópico es la implantación del blastocisto en un sitio diferente de la cavidad uterina normal [1]. Representa una de las causas más importantes de abdomen agudo en ginecología y la principal causa de muerte materna en el primer trimestre del embarazo. Los embarazos ectópicos son hasta el 2% de todos los embarazos [2]. Su tendencia actual ha aumentado en los últimos años. El 95% de los embarazos ectópicos se localizan en la trompa [3]. Siendo sus formas no tubáricas el embarazo cervical (0,1%), el embarazo ovárico (0,5%), el embarazo abdominal (1,3%), el embarazo cornual (3%), el embarazo intraligamentario (0,1%), y el embarazo en cuerno uterino rudimentario [4].

Lo embarazos cervicales constituyen los casos más raros llegando a alcanzar únicamente hasta el 0,1% de todos los embarazos ectópicos. La incidencia de estos en los programas de reproducción asistida es bastante mayor y está en un valor cercano a 1/1000. Anteriormente, su diagnóstico se realizaba de manera tardía, y en la mayoría de las ocasiones suponía la necesidad de realizar una histerectomía por sangrado masivo [5].

En Estados Unidos durante el periodo entre 1970 y 1992 se vio un aumento marcado en la misma región, casi por un factor de seis, esto sin embargo fue gracias a la mejora en el diagnóstico de dicha condición, desde entonces la incidencia se ha estabilizado y permanece cerca del 2% para embarazos ectópicos [6]. En México, algunos autores reportaron una tasa de 6.1 por cada 1000 nacidos vivos, con secuelas inmediatas y tardías que pueden involucrar la esterilidad o la mortalidad materna [5].

En Honduras, se realizó un estudio por Cuestas (2006) quien encontró que la frecuencia de embarazo ectópico era de 9.9 por 1000 embarazos, encontraron como factores de riesgo el tener dos o más parejas sexuales (46%), la enfermedad pélvica inflamatoria (33%), el uso de Dispositivo Intrauterino (33%), el tabaquismo (10%) y el ectópico previo (2.3%) [7]. Desafortunadamente no existe un estudio estadísticamente relevante en Honduras donde se indague sobre la incidencia de embarazos cervicales.

El embarazo cervical es una entidad sumamente rara y que conlleva serias complicaciones al no ser diagnosticada a tiempo. Razón por la cual es importante conocer las características tanto clínicas como ecográficas para su diagnóstico temprano. Se pretende mostrar un caso clínico, en el cual se observa la evolución satisfactoria de una paciente con un embarazo cervical al ser diagnosticada a tiempo y poder darle un manejo conservador.

Reporte de Caso

Paciente de 23 años de edad, originaria de San Pedro Sula, en unión libre, alfabeta, con historia gineco-obstétrica: G:1, P:0, A:0, HV:0, con Fecha de Última Menstruación: 15-08-13 y Fecha Probable de Parto: 22-05-14, con Edad Gestacional: 10.5 SG, con menarquia a los 13 años, sus ciclos menstruales son regulares, cada 30 días; sin ningún método de planificación familiar,

iniciando su vida sexual a los 21 años, negando enfermedades de transmisión sexual.

Refiere sangrado transvaginal de un día de evolución de escasa cantidad sin coágulos acompañado de dolor tipo cólico de igual tiempo de evolución, en hipogastrio, de intensidad moderada, sin irradiaciones, sin atenuantes ni exacerbantes, con gravíndice positivo. Niega fiebre, vómitos y mareos.

No presenta antecedentes personales patológicos, inmunoalérgicos, ni personales quirúrgicos. Afirma antecedentes familiares patológicos, refiere padre con HTAC y abuelos con DM tipo 2. Al examen físico presenta signos vitales de: PA 120/80 mmHg FC: 80 LPM FR: 18 RPM. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas ni viceromegalias. Con especuloscopia que reporta vagina de paredes elásticas rosadas, cérvix impresiona cerrado, hay STV escaso no fétido. GO: genitales externos normales, escaso vello púbico.

A la paciente se le diagnóstico embarazo cervical luego de realizar USG el día 29/10/13 en el cual se encontró: útero en antero versión, mide 78 x 41.5 x 45, para un volumen de 76.2 cc. Endometrio homogéneo central mide 18 mm se observa saco gestacional íntegro, con saco vitelino que mide 6.4 mm para 6.3 SG a nivel del tercio superior de cérvix; OCE cerrado. Fondo de saco libre con ambos ovarios normales, sin evidencia de masas anexiales. Como se muestra en la **Figura 1**.

Para confirmar el diagnóstico, el cual es raro estadísticamente hablando, se realizó nuevamente un USG al día siguiente encontrándose: útero grávido en antero versión que contiene saco gestacional íntegro de 8 mm de diámetro implantado a nivel endocervical. No se observa desarrollo embrionario saco vitelino visible; anillo gestacional normal, no se observa sangrado subcoriónico con anexos normales. Conclusión: embarazo de 4.5 SG por saco gestacional con implantación ectópica (a nivel endocervical). Como se observa en la **Figura 2**.

En vista que la paciente no presentaba un sangrado que pusiera en riesgo su vida, se dio tratamiento con metrotexato (MTX)



Figura 1 USG del día 29/10/13. Saco Vitelino de 6.3 SG en tercio superior de cérvix.

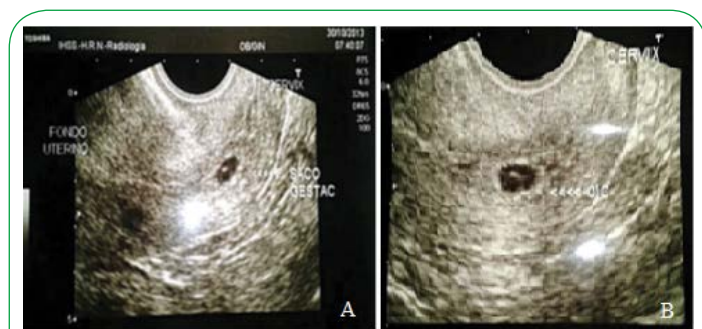


Figura 2 A y B USG del día 30/10/13. Embarazo de 4.5 SG con implantación endocervical.

alternado con ácido fólico. 4 dosis de 100 mg IM c/día de MTX iniciando el 1/11/13 alternando con ácido fólico 10 mg VO c/día y se realizó cuantificación seriada de la hormona gonadotropina coriónica humana (β -hCG) (**Tabla 1**) para asegurarse que no fuera en aumento y una vez que sus valores descendieron se dio de alta a la paciente, evidenciando una adecuada evolución clínica con tratamiento conservador.

Discusión

Embarazo Ectópico

Los embarazos ectópicos son relativamente frecuentes, constituyen la emergencia más peligrosa del embarazo temprano [8]. En la literatura la incidencia oscila usualmente alrededor del 2% de las mujeres embarazadas [8-10]. Los embarazos ectópicos usualmente son condiciones del primer trimestre, manifestándose comúnmente entre las 6 y 10 semanas de gestación [8]. Con dolor abdominal severo e incapacitante, con o sin STV, es de importancia tener en cuenta que el deterioro de la paciente puede ser rápido debido a la probabilidad de un sangrado intraabdominal con gran pérdida de volumen. Aunque hay factores de riesgo asociados, un aproximado de la mitad de los casos no presenta ningún factor de riesgo.

Ankum y cols. [11], Mol y cols. [12], Dart y cols. [13] identificaron varios factores de riesgo dentro de los cuales están: Cirugía tubárica previa, embarazo ectópico previo, exposición in-útero a DES (diethylstilbestrol), historia de enfermedad pélvica inflamatoria, historia de infertilidad, historia de clamidia o cervicitis gonocócica, anomalía tubárica diagnosticada, ligadura tubárica, concepción mientras se usa DIU.

El diagnóstico moderno de embarazo ectópico es mediante USG ya que aunque los niveles de β -hCG en embarazo ectópico son más bajos que en un embarazo normal la medición de la β -hCG no arroja nada de información de la ubicación de implantación [8,14,15]. Con previa confirmación de un embarazo por medición de la β -hCG mediante orina por su rapidez (aunque una prueba en plasma sera necesaria para confirmar en caso de una prueba de β -hCG negativa en orina) [8].

Embarazo Cervical

Son una subcategoría de embarazo ectópico, son sumamente infrecuentes, Wang y cols. colocan la incidencia de los embarazos cervicales en 0.1% [16]. Lo que sucede en un embarazo cervical

Tabla 1 Resultado de Niveles Seriadados de Hormona Gonadotropina Coriónica Humana.

Niveles de β -hCG	
FECHA	β -hCG (mUI/ml)
02-11-2013	2390
03-11-2013	2473
06-11-2013	2414
11-11-2013	1455
18-11-2013	226
07-12-2013	8.3

como su nombre sugiere es la implantación en el cérvix en lugar del útero. El cérvix es un sitio anómalo 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 [17].

La presentación clínica de este es semejante a la de los embarazos ectópicos con ciertas diferencias claves. Hay dolor, sin embargo este no es tipo cólico y es en menor grado y tiene una tendencia a ubicarse más abajo en el abdomen. El STV es más notorio. Durante la especuloscopia puede observarse si la implantación es lo suficientemente baja, el saco o restos placentarios (lo cual tiende a confundirse con un aborto incompleto).

El diagnóstico se realiza con una prueba de β -hCG positiva y un ultrasonido que demuestre la implantación en cérvix y la ausencia de contenido en cavidad uterina [16].

Kung y otros [18] han descrito criterios ecosonográficos para embarazo cervical

- Identificación del saco gestacional o de la placenta dentro del cuello uterino.
- Embarazo intrauterino inexistente.
- Visualización de una línea endometrial normal.
- Útero en reloj de arena (en forma de ocho) con un canal cervical prominente.
- Un saco con actividad cardíaca activa por debajo del orificio cervical interno, lo que indica un embarazo viable.

La terapia debe ir orientada a las metas de la paciente, hay que tener en cuenta que las pacientes que cursan con esta condición son nulíparas o han tenido alguna dificultad para concebir e inclusive problemas de fertilidad. La terapia puede ser conservadora, en la que se da manejo médico para terminación del embarazo (si esto aún no ha sucedido) y quirúrgico, con de curetaje de la herida; y si hubieran vasos grandes comprometidos embolización de estos, en aras de conservar la capacidad reproductiva de la paciente.

Terapia radical en casos de sangrado extremo en las que se deberá realizar histerectomía y ligadura de las arterias uterinas para preservar la vida de la paciente [16].

El tratamiento médico más aceptado en la actualidad es el methotrexate (MTX). Esta modalidad terapéutica se ha descrito tanto para el tratamiento médico del embarazo ectópico tubario no complicado, como para el embarazo ectópico cervical y el persistente [19].

Ushakov refiere cinco condiciones para intentar el manejo conservador en estas pacientes: Diagnóstico confiable de Embarazo cervical, Paciente Hemodinámicamente Estable, Edad Gestacional menor de 10 semanas, Ausencia de Enfermedad renal o hepática Activa y Ausencia de trombocitopenia o leucopenia [20].

Murray y cols. [8] comenta los resultados de los estudios famosos donde compara la efectividad del metotrexato (MTX) versus intervención quirúrgica laparoscópica en cuanto cual ofrece mejor chance de nuevo embarazo y recurrencia de embarazo ectópico: Hajenius y cols., en 1997 encontró que no había diferencia significativa entre ambos tratamientos en cuanto a probabilidad de futuros embarazos [21]; Fernandez y cols., 1998 encontraron que también no había una diferencia significativa pese a haber ligeramente mejores resultados MTX [22].

Saraj y cols., en 1998, no encontraron diferencia significativa sin tampoco [23]; Sowter y cols., 2001 siempre sin una diferencia significativa en cuanto a futuros embarazos pero con mejor tasa de éxito con tratamiento quirúrgico (laparoscopia) y tiempo más corto de aclaramiento de la β -hCG [24].

En cuando a dosis de Metotrexate, existen múltiples estudios y revisiones bibliográficas sobre su uso [25,26]. Desde 1988 con Stovall utilizando Metotrexate 2 días alternos, a 1 mg/kg-día con leucovorín. Palti y col. MTX 12,5 mg asociados a ácido fólico 0,1 mg/kg-dosis durante 5 días. Stovall y col. informan el uso del MTX, pero en dosis única, a razón de 50 mg/m² para el manejo médico del embarazo ectópico tubárico

Tang y cols. [27], usaron en 11 pacientes metotrexato endovenoso con dosis inicial de 100 mg y posteriormente 200 mg, combinado con ácido fólico; Jermy y cols. [28], realizaron un estudio prospectivo con metotrexato IM 50 mg/m² y una segunda dosis si no hay disminución de los niveles de β hCG en un 15% en el día séptimo comparado con los niveles del cuarto día.

Conclusiones

La implantación del cigoto en el cérvix es muy rara. Por lo cual se debe conocer de su existencia y pensar en él, para hacer el diagnóstico temprano y poder instalar un tratamiento eficaz. Es más frecuente en mujeres nulíparas. Responde efectivamente a Metotrexato IM si cumple con criterios para tratamiento conservador.

Referencias

- 1 Solano FJ, Castillo HF, Gonzales SD, Vivas MR, Hurtado SM, et al. (2012) Embarazo ectopico istmico-cervical complicado con placenta increta: reporte de caso. A en *Biomedicina* 1: 82-86.
- 2 Labrador MA, Martinez RJ, Ruiz GR, Ruiz OM, Fierro VC, et al. (2009) Estudio epidemiológico y clinicorradiológico de pacientes con embarazo ectopico en el Centro Medico ABC. *Anales Medicos* 54: 211-214.
- 3 Bouyer J, Coste J, Fernández H, Pouly JL, Job-Spira N (2002) Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 17: 3224-3230.
- 4 Roura CL (2002) Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Madrid: Editorial, Médica Panamericana, pp: 559.
- 5 Cerna-Rodríguez MD (2000) Embarazo ectópico. *Ginecología y Obstetricia aplicadas*. México: JGH Editores, 23: 30.
- 6 Lewis G, Drife J (2001) Why Mothers Die 1997-1999. The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. RCOG Press, London.
- 7 Cuestas D (2006) Perfil epidemiológico del embarazo ectópico en el Hospital Escuela. *Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH* 9.
- 8 Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T (2005) Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ* 173: 905-912.
- 9 Seeber B, Barnhart K (2006) Suspected ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 107: 399-413.
- 10 Barnhart KT (2009) Ectopic Pregnancy. *NEJM*, 361: 379-387.
- 11 Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM (1996) Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril* 65: 1093-1099.
- 12 Mol BW, Ankum WM, Bossuyt PM, Van der Veen F (1995) Contraception and the risk of ectopic pregnancy: a metaanalysis. *Contraception* 52:337-41.
- 13 Dart RG, Kaplan B, Varaklis K (1999) Predictive value of history and physical examination in patients with suspected ectopic pregnancy. *Ann Emerg Med* 33: 283-290.
- 14 Kaplan BC, Dart RG, Moskos M, Kuligowska E, Chun B, et al. (1996) Ectopic pregnancy: prospective study with improved diagnostic accuracy. *Ann Emerg Med* 28: 10-17.
- 15 Kohn MA, Kerr K, Malkevich D, O'Neil N, Kerr MJ, et al. (2003) Beta-human chorionic gonadotropin levels and the likelihood of ectopic pregnancy in emergency department patients with abdominal pain or vaginal bleeding. *Acad Emerg Med* 10: 119-126.
- 16 Wang Y, Xu B, Dai S, Zhang Y, Duan Y et al. (2011) An efficient conservative treatment modality for cervical pregnancy: angiographic uterine artery embolization followed by immediate curettage. *Am J Obstet Gynecol* 204: 31.
- 17 Alberto MAC, Yovany V, Georgina AD, Mayra DIFA, Tania TL (2012) Diagnostico y manejo consevador del embarazo ectopico cervical. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia* 38.
- 18 Kung FT, Lin H, Hsu TY (2004) Differential diagnosis of suspected cervical pregnancy and conservative treatment with the combination of laparoscopy-assisted uterine artery ligation and hysteroscopic endocervical resection. *Fertil Steril* 81: 1642-1649.
- 19 Tamayo LTG, Couret CMP, García SI (2015) Comportamiento del embarazo Cervical en el Hospital Ginecoobstetrico Docente "Ramon Gonzales Coro". *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecologia* 41.
- 20 Ushakov FB, Elchelal U, Aceman P, Schemker JG (1996) Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv* 52: 45-57.
- 21 Hajenius PJ, Engelsbel S, Mol BW, Van der Veen F, Ankum WM, et al. (1997) Randomised trial of systemic methotrexate versus laparoscopic salpingostomy in tubal pregnancy. *Lancet* 350: 774-779.
- 22 Fernandez H, Yves Vincent SC, Pauthier S, Audibert F, Frydman R (1998) Randomized trial of conservative laparoscopic treatment and methotrexate administration in ectopic pregnancy and subsequent fertility. *Hum Reprod* 13: 3239-3243.
- 23 Saroj AJ, Wilcox JG, Najmabadi S, Stein SM, Johnson MB, et al. (1998) Resolution of hormonal markers of ectopic gestation: a randomized trial comparing single-dose intramuscular methotrexate with salpingostomy. *Obstet Gynecol* 92: 989-994.
- 24 Sowter MC, Farquhar CM, Petrie KJ, Gudex G (2001) A randomised trial comparing singledose systemic methotrexate and laparoscopic surgery for the treatment of unruptured tubal pregnancy. *BJOG* 108: 192-203.
- 25 Solís H, Ramos P, Jefferson L (1997) Caso Clinico Embarazo ectopico cervical tratado con metrotrexate. *Ginecol obstet* 43: 167-169.
- 26 Sepulveda JTD (2015) Embarazo ectopico cornudal recurrente: caso clinico y revision literaria. *Rev chil Obstet Ginecol* 80: 503-509.
- 27 Tang A, Baartz D, Khoo SK (2006) A medical management of interstitial ectopic pregnancy: A 5-year clinical study. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 46:107-111.
- 28 Jermy K, Thomas J, Doo A, Bourne T (2004) The conservative management of interstitial pregnancy. *BJOG* 111: 1283-1288.