

Casos Clínicos

Embarazo ectópico cervical, resolución por histeroscopia. A propósito de un caso

Cervical ectopic pregnancy, resolution by hysteroscopy. A case report

Polo P, Montañana V, Reig M, Antolín A, Puerto M, García-Gimeno T, Presencia G
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Lluís Alcanyís (Xàtiva).

Resumen

Introducción: El embarazo ectópico cervical es una forma poco frecuente de embarazo extrauterino, su incidencia es variable según autores (1/1000 a 1/95000). Representa un riesgo serio para la paciente, una verdadera urgencia ginecológica que precisará de un diagnóstico precoz y correcto tratamiento.

Caso clínico: Paciente con factores de riesgo de embarazo ectópico cervical (multiparidad, legrados...), amenorrea de seis semanas y dos días en el momento de la primera visita que presenta clínica de dolor pélvico inespecífico y spotting. Tanto los controles analíticos (B-HCG) como los ecográficos nos hacen sospechar un posible embarazo ectópico cervical, sin ser este diagnóstico del todo claro. Ante el aumento del sangrado vaginal se decide realizar una histeroscopia diagnóstica, confirmándose de este modo el diagnóstico y realizando al mismo tiempo el tratamiento quirúrgico oportuno, mediante la exéresis del pseudosaco con asa de diatermia y coagulación de su base sangrante.

La importancia del caso radica en sospechar la existencia de un embarazo cervical y en la resolución del mismo mediante histeroscopia quirúrgica. Probablemente este modo de actuar evita como en este caso, tratamientos más agresivos y conserva la posterior fertilidad de la paciente.

Palabras clave: Embarazo ectópico cervical. Histeroscopia.

Summary

Introduction: The cervical pregnancy is a rare kind of extrauterine pregnancy, the incidence is variable between different authors (1/1000-1/95000). Represent a serious risk for the patient, is a real gynaecologic urgency and need an early diagnosis and correct treatment.

Clinical case: Patient with risk factors of cervical ectopic pregnancy (miscarriages, many pregnancies...), six weeks and two days of amenorrhoea at the moment of the first medical visit, she present pelvic pain and spotting. The blood test (hCG) and ultrasound evaluation suggest a cervical preg-

Correspondencia: Dra. Patri Polo
C/ Marina Alta, 6 escalera 4, Pta. 5
46015-Valencia
patripolo@telefonica.net

nancy. By hysteroscopy be confirm the diagnosis, and at the same time realized the surgical hysteroscopic extraction of gestational sack.

The importance of this case is to suspect the existence of cervical ectopic pregnancy and the treatment by surgical hysteroscopy. This kind of treatment is less aggressive than others, and preserve the fertility of the patient.

Key words: Cervical ectopic pregnancy. Hysteroscopy

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico cervical es una forma poco frecuente de embarazo ectópico (1, 2). Definida por la implantación del óvulo fertilizado o blastocisto en el canal cervical. Representa una verdadera urgencia obstétrica, se halla asociado a una importante morbilidad materna y a un alto porcentaje de mortalidad si no se diagnostica a tiempo.

La implantación cervical puede desarrollarse de tres maneras diferentes (3):

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

-El saco gestacional puede alcanzar la cavidad uterina, con una evolución normal del embarazo, aún cuando la placenta este implantada en el orificio cervical interno.

-El saco gestacional puede desarrollarse completamente en el canal cervical y producir una "catástrofe obstétrica".

Respecto a la **incidencia** existe una amplia variación según los autores, encontrándose entre 1/1000 y 1/95.000 embarazos. Esto es debido a la variabilidad de criterios diagnósticos (2, 4).

Representa menos del 0.07 al 0.1 % de todos los embarazos ectópicos (5, 6).

La **etiología** de este tipo de embarazo es desconocida; algunos autores refieren factores relacionados.

-Studolsford (7, 8) propuso la posibilidad de un transporte rápido del óvulo fertilizado, causando su ingreso en el canal cervical antes de ser fertilizado.

-Parente y colaboradores (9) sostienen que el daño de la línea endometrial podría hacerla inapropiada para la anidación y favorecer la implantación cervical (cuadro 1).

-Suher Sonmez y col (8) refieren que la edad avanzada y la multiparidad podrían producir incompetencia del orificio cervical interno, pudiendo también considerarlos como factores predisponentes del embarazo cervical.

CUADRO 1

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

1-Factores de riesgo:

- Edad materna entre 35 y 44 años
- Embarazo en presencia de dispositivo intrauterino
- Transferencia embrionaria
- Fertilización in vitro
- Leiomioma

2-Causas de alteración del endometrio:

- Infección.
- Miomatosis uterina
- Atrofia endometrial
- Útero septo
- Cicatrices de cesáreas previas.
- Cirugía del útero
- Legrado uterino
- Dispositivo intrauterino
- Anticoncepción oral.

3-Aspectos para el diagnóstico:

-El cuerpo uterino está disminuido respecto al cérvix (Disminuye la relación cuerpo/cérvix)..

-Orificio cervical interno cerrado.

-El legrado de la cavidad endometrial no produce tejido placentario.

-El orificio cervical externo se de forma más precoz que en el aborto espontáneo.

-Hemorragia uterina indolora durante el primer trimestre (signo característico).

-También se ha considerado como factor de riesgo las técnicas de fertilización in vitro con transferencia de embriones(4), por la combinación de múltiples embriones utilizados y la manipulación intracervical de los mismos durante la transferencia.

Existen **critérios clínicos** de embarazo ectópico, definidos por Paalman (10, 11) (cuadro 2). En el embarazo ectópico cervical, el único signo característico es el sangrado uterino severo asintomático (2). Habitualmente no hay dolor (3, 1, 8,11-13), a diferencia de los demás embarazos ectópicos (especialmente tubáricos).

CUADRO 2

Síntomas clínicos que sugieren embarazo ectópico

- 1- Dolor pélvico agudo
- 2- Sangrado vaginal
- 3- Amenorrea
- 4- Anexo aumentado de tamaño
- 5- Test de gestación positivo
- 6- Cuello blando
- 7- Caída del hematocrito (generalmente después de la ruptura)
- 8- Shock (después de la ruptura).

El **diagnóstico** de embarazo ectópico cervical se basa en criterios clínicos, ultrasonográficos y anatomopatológicos específicos.

Palma y McElin (10) propusieron cinco criterios clínicos:

- 1-Hemorragia uterina sin dolor después de un periodo de amenorrea.
- 2-Cérvix blando y agrandado cuyo tamaño es igual o mayor que el fondo del útero (útero en forma de reloj de arena).
- 3-Producto de la concepción firmemente adherido a cérvix.
- 4-Orificio cervical interno cerrado.
- 5-Orificio externo parcialmente abierto.

Los criterios ultrasonográficos son (14,15):

- 1-Cavidad uterina libre de ecos o presencia de un pseudosaco.
- 2-Transformación decidual de la pared uterina.
- 3-Estructura difusa de la pared.
- 4-forma del útero en reloj de arena.
- 5-Canal cervical dilatado.
- 6-Sospecha de saco gestacional en el endocervix.
- 7-Tejido placentario en el conducto cervical
- 8-Orificio cervical interno cerrado.

El sangrado en el embarazo ectópico cervical posiblemente se deba a que la mucosa endocervical y exocervical no pueden producir una reacción decidual efectiva. Además el cuello con tan solo el 15% de músculo liso, no puede alcanzar una hemostasia mecánica efectiva, como tampoco puede responder a los fármacos uterotónicos (1).

En 1911 Rubin (16,17) estableció los primeros criterios anatomopatológicos:

- 1-Las glándulas cervicales deben estar en oposición a la inserción placentaria.

2-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.

3-No debe haber tejido fetal presente en la cavidad uterina

4-Debe existir un íntimo apego entre la placenta y el cuello.

En este artículo se presenta un caso con diagnóstico incierto por las características de la paciente, durante el tratamiento quirúrgico con histeroscopia se sospecho de embarazo extrauterino cervical, este fue confirmado posteriormente por el resultado anatomopatológico.

Caso clínico

Mujer de 25 años con antecedentes obstétricos de tres partos y dos abortos (legrados). Ingresó en el Hospital de referencia de nuestra área por amenorrea de 6 sem y 2 días y algias en hipogastrio junto con sintomatología urinaria de dos semanas de evolución. El estudio practicado reveló: test de gestación (TIG) positivo débil, hemograma normal, sedimento urinario: 6-12 leucocitos/campo. Ecografía endovaginal: cavidad vacía, línea endometrial de 5 mm, anexos normales, no líquido libre en Douglas. Fue dada de alta provisional y se le aconsejó control en 7 días si no reglaba.

La paciente consultó de nuevo a los 20 días por algias en hipogastrio, refiriendo una regla normal hacía 10 días. La exploración fue anodina, presentando test de gestación +, sedimento negativo, hemograma normal, Se ingresó para descartar embarazo extrauterino, aunque la ecografía mostró útero regular con LE de 4 mm, no imagen de gestación intraútero, no líquido libre, anexos normales.

Durante el ingreso la evolución de bHCG fue:

02-04-2001:	3040
03-04-2001:	4617
04-04-2001:	4299
05-04-2001:	4298

Clínicamente no se apreció cambios, aunque persistieron algias leves. El hemograma permaneció normal, hemostasia normal. La paciente fue dada de alta y citada para control en 15 días.

A los 12 días consultó de nuevo en puertas de Urgencias de ese hospital, por sangrado en cantidad similar a una menstruación y molestias a nivel de hipogastrio. A la exploración se apreció sangrado escaso, útero globuloso desplazado a la izquierda, apare-

ciendo en zona anexial derecha una masa móvil, dura, de 4-5 cm. BHCG: 1637 mUI/ml y ecografía: útero normal, endometrio lineal de 4 mm, sin imagen de gestación en su interior, anexos normales, no líquido libre en Douglas. La paciente solicita el alta voluntaria y no acude al siguiente control.

Al mes acudió a puertas de Urgencias de nuestro hospital por sangrado vaginal importante de 30 minutos de evolución, acompañado de expulsión de abundantes coágulos. TA. 90/60, pulso: 96 lpm. En la exploración se observó un cérvix de multipara, cerrado, acortado, no doloroso a la movilización y con sangrado activo de cavidad. Útero en AVF normal, anexos normales, abdomen blando y depresible. Ecografía: Útero de morfología externa normal, endometrio de 4 mm. A nivel ístmico se observa imagen hipoecoica heterogénea de 32x34x21 mm, sospechándose un mioma submucoso. Analítica; TIG -, hemoglobina de 9.6 gr/dl, hematocrito de 28.3%. I. Quick de 84 %. No leucocitosis.

Persistió la metrorragia y se decidió realizar legrado hemostático-diagnóstico: Se practicó dilatación cervical hasta tallo de Hegar del N°11, apareciendo durante el legrado sangrado profuso (mayor de 500 cc) de forma brusca. Dada la historia clínica se sospechó gestación ectópica cervical y se procede a la práctica de histeroscopia quirúrgica; siendo los hallazgos:

-Cavidad endometrial libre con 2-3 pólipos que se resecan.

-Al ir retrocediendo con el histeroscopio lentamente de dentro de la cavidad hacia fuera se observó en zona endocervical y lateralizado a la izquierda imagen de pseudosaco con sangrado abundante, que tapaba la visión. Usando glicina al 1.5% como medio distensor y en este caso como método de lavado continuo se consiguió visualizar el lecho sangrante procediéndose a su exéresis cuidadosa con asa y posterior coagulación de su base sangrante.

Impresión diagnóstica: Embarazo ectópico cervical

La paciente precisó transfusión de 2 unidades de concentrado de hematíes: hemoglobina postransfusional: 10.4, hematocrito: 28.7% y BHCG: 6.6

Resultado AP: Cavidad: Pólipo endometrial. Cuello: Vellosidades coriales (gestación ectópica cervical). Ecografía de control: Normal. Fue dada de alta.

A los seis meses acude de nuevo por urgencias con amenorrea de 8 semanas y spotting. Ecográficamente se comprueba un saco intraútero con embrión LF+ y concordante con FUR. La paciente no si-

guió más controles en el Hospital por lo que se desconoce como finalizó este embarazo.

DISCUSIÓN

El cérvix es una localización rara y peligrosa de implantación placentaria porque el trofoblasto puede penetrar a través de la pared cervical.

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 legrados, cesáreas, así como en aquellos casos que como este persiste una clínica sospechosa .

La gestación cervical con frecuencia se confunde con un proceso neoplásico debido a la marcada vascularidad y al 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 que el producto de la concepción quede retenido en el canal cervical.

En la literatura (18, 19) se mencionan una serie de pautas terapéuticas que comprenden las más variopintas soluciones desde el cerclaje cervical, taponamiento cervical, embolización de la arteria uterina, histeroscopia y metotrexate. Estos tratamientos dan buenos resultados antes de las ocho semanas de gestación, aún así muchos de ellos acaban con el útero de la mujer; entre las 18 y 20 semanas está indicada la histerectomía total.

El embarazo ectópico cervical continua siendo un reto para el ginecólogo, tanto su diagnóstico como su tratamiento.

El tratamiento depende de las condiciones de cada paciente pero un diagnóstico precoz nos ayudará a poder aplicar tratamientos conservadores. La mayor parte de las ocasiones se requiere realizar histerectomía abdominal debido a la pérdida sanguínea aguda que representa una verdadera urgencia obstétrica, posiblemente con el uso del metotrexate y el diagnóstico precoz esto cambie.

La paciente de nuestro caso presentaba factores de riesgo para embarazo cervical y una clínica insidiosa, lo que nos hizo pensar en un posible embarazo ectópico cervical (EEC). Si no se hubiera pensado en la posibilidad de un EEC y no se hubiera recurrido a la histeroscopia como siguiente paso en el tratamiento, hubiese sido necesario practicar una histerectomía total.

En este caso la histeroscopia nos sirvió para confirmar la sospecha diagnóstica y mediante visualización directa reseca el trofoblasto y hemostasiar correctamente el lecho sangrante.

En la literatura no hemos encontrado casos similares tratados de esta forma, pero hemos de pensar en esta posibilidad diagnóstica y en su posibilidad terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Traina V., Pinto V., Marinaccio M.:** Exocervical pregnancy. Arch Gynecol Obstet 1997; 259:205-7.
2. **Pastorelli G., Steiner R., Haller U.:** Cervical pregnancy. A gynecologic-obstetric emergency situation. Gynacol Geburtshilfliche Rundsch 1997; 37 (4): 209-15.
3. **Giambaco L., Chianchiano N., Palmeri V.:** Cervical pregnancy: an obstetric emergency. A Clinical case., Minerva Ginecol. 1998 Jul-Aug; 50 (7-8): 321-4.
4. **Peleg D., Itai Bar-Hava, Neuma-Levin M.:** Early diagnosis and successful nonsurgical treatment of viable combined intrauterine and cervical pregnancy. Fertil and Steril. 1994 Aug. Vol. 62, n°2: 405-8.
5. **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.
6. **Carson S, Buster J.:** Ectopic pregnancy. N Rngl J Med 1993; 329 (16); 1174-1179.
7. **Studolsford WE.:** Cervical pregnancy.- Am J Obstet Gynecol 1945; 49:169-185.
8. **Suha Sonmez A., Kafkasli A., Balat O.:** Cervical pregnancy: can age and parity be predisposing factors? Acta Obstet Gynecol Scand 1994; 73: 734-8.
9. **Parente JT., Chau-su O., Levi J., Legatt E.:** Cervical pregnancy análisis. Ostet Gynecol Surv 1996; 52:45-59.
10. **Cuninham G., McDonald PC., Gant N., Levenok, Gilstrap L.:** Embarazo ectópico. En: Williams Obstetricia. México: Masson; 1996, p. 679-706.
11. **Serrati A., Loverro G., Cormio G.:** Transabdominal cerclage in the management of cervical pregnancy: three case reports. Arch Gynecol Obstet 1995; 256:103-106.
12. **Nomiyama M., Arima K., Iwasaka T.:** Conservative treatment using a methotrexate-lipiodol emulsion containing non-ionic contrast medium for a cervical ectopic pregnancy. Hum Reprod 1997 Dec.; 12 (12): 2826-9.
13. **Kligman I., Adachi TJ., Katz E.:** Conserving fertility with early management of cervical pregnancy. A case report. J Reprod Med 1995; Oct; 40(10): 743-6.
14. **Centini G., Rosignoli L., Severi F.:** A case of cervical pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 272-273.
15. **Stawall T McCord. En: Berek JS, editor.:** Pérdida temprana del embarazo y embarazo ectópico. Ginecología de Novak. México: McGraw-Hill-Interamericana, 1997. p.487-523.
16. **Leemam L., Wendland C.:** Cervical ectopic pregnancy. Arch Fam Med 2000; 9:72-77.
17. **Rubin IC.:** Cervical pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1945; 49:169-185.
18. **Calderón Lozano E., Badillo García B.:** Embarazo ectópico cervical. Informe de un caso. Rev Med IMSS 2003; 41 (6): 513-516.
19. **Akira S. et cols.:** Laparoscopy UIT Ultrasonographic quiance of intraamniotic methotrexate injection for ectopic pregnancy. A report of two cases. J Reprod Med 2000; 45:844-6