

Gestación ectópica cervical: Tratamiento conservador

Cervical ectopic pregnancy: medical treatment

Padilla AI¹, Clemente I¹, Reyes MI¹, Baez D².

¹Departamento de Obstetricia y Ginecología. ²Unidad de Reproducción Humana. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife

Resumen

El embarazo cervical es un tipo de gestación ectópica poco frecuente que conlleva un riesgo elevado de histerectomía para salvaguardar la vida de la paciente. La etiología es desconocida y el diagnóstico puede pasar desapercibido en manos de un personal con poca experiencia. La ecografía transvaginal junto con el doppler color han podido demostrar datos característicos en la fase precoz de la implantación, mejorando su diagnóstico.

Las diferentes opciones terapéuticas varían de acuerdo al momento clínico de la paciente y pueden incluir tratamiento con altas dosis de metotrexate. Por otro lado, no existe evidencia de incompetencia cervical tras el tratamiento conservador.

Presentamos un caso que respondió favorablemente al tratamiento con metotrexate, con preservación de la fertilidad de la paciente.

Palabras clave: Gestación ectópica cervical. Tratamiento. Metotrexate.

Summary

Cervical pregnancy is an uncommon variety of ectopic gestation and carries a high risk for hysterectomy to save patient's life. The etiology is unknown and the diagnosis can be missed by non experienced personnel. Transvaginal ultrasound supplemented by color doppler examination have demonstrated characteristics of early implantation, making the diagnosis easier to get.

The therapeutics options vary according to the clinical state of patient and can include treatment with high doses of systemic methotrexate. On the other hand, no evidence of cervical incompetence after medical management was found.

We present a case in which a viable cervical pregnancy was successfully treated with methotrexate, with preservation of patient fertility.

Key words: Cervical ectopic pregnancy. Treatment. Methotrexate.

Correspondencia: Anan I. Padilla Pérez
Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital
Universitario de Canarias.
Ofra, s/n LA LAGUNA (Tenerife)

INTRODUCCIÓN

El embarazo cervical ocurre cuando el embrión se implanta en el canal cervical. Existen varios criterios ultrasonográficos para el diagnóstico que incluyen la localización del saco gestacional, la apertura del ostium interno del cervix y la invasión del tejido trofoblástico, en el canal endocervical. Otros signos son una cavidad uterina vacía o la demostración de estructuras fetales y actividad cardíaca dentro del saco gestacional localizado en el canal cervical en los casos avanzados.

La actitud terapéutica depende del momento en que se ha diagnosticado, y va dirigida fundamentalmente a preservar el futuro obstétrico de la paciente.

El tratamiento conservador del embarazo cervical es posible gracias a la aplicación de nuevas modalidades como la administración de metotrexate de forma sistémica o local (1), y la embolización arterial (1, 2), con una tasa de éxito de más del 80% para ambos métodos. La tasa de histerectomía es de aproximadamente el 2% (3).

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años con antecedente de esterilidad primaria que se somete a inseminación artificial. El control analítico confirma un test de embarazo en orina positivo.

Antecedentes médico-quirúrgicos: Amigdalectomizada. Alergia a sulfamidas. Antecedentes gineco-obstétricos: menarquia a los 13 años, patrón menstrual: 4-5/28; nuligesta. Esterilidad de dos años de evolución sometida a estudio y en el cual se determinó la presencia de un factor cervical. El cervix fue catalogado con un test de Insler de 3. Como forma de terapia se propone la inserminación artificial intrauterina con semen capacitado y cánula endotraqueal infantil.

A instancias de la paciente el procedimiento se llevó a cabo sin estimulación de la ovulación. Durante el acto terapéutico se objetiva un cuello duro, orificio cervical interno (OCI) cerrado que dificulta el paso de la cánula, por lo que la inseminación se realiza a presión.

Tres semanas más tarde la paciente acude a un nuevo control, encontrándose clínicamente asintomática. En la exploración ginecológica se objetivan genitales externos y vagina normales, cervix bien epitelizado, de consistencia dura y cerrado. Ausencia de metrorragia. Útero en anteflexión de consistencia y

tamaño normales con leve dolor a la palpación profunda de fosa ilíaca derecha y fondo de saco de Douglas libre. Se realiza ecografía transvaginal en la que se observa un útero con patrón endometrial decidual, conjunto gestacional con embrión de 9 mm de CRL, con actividad cardíaca embrionaria positiva y que se encuentra localizado en el tercio superior del canal endocervical (Figura 1). El valor en sangre de la β -HCG es de 29.640 mUI/ml. Con el diagnóstico de gestación ectópica cervical y el deseo de descendencia de la paciente, se plantean dos posibilidades terapéuticas: a) Evacuación uterina mediante legrado (maniobra que podría ocasionar un sangrado incoercible y precipitar una histerectomía) ó b) Tratamiento conservador con methotrexate. Tras exponer a la paciente las opciones terapéuticas se decide iniciar tratamiento médico con 4 dosis de methotrexate a razón de 50 mg intramusculares a días alternos y 5 mg al día de ácido fólico como terapia de rescate.



Figura 1

Se realizan controles seriados (cada 48 horas) de valor de la β -HCG, hemograma, nitrógeno ureico, creatinina y enzimas hepáticas. A la semana de tratamiento la hormona gonadotrófica coriónica descendió hasta 26.270 mUI/ml, alcanzando las 148 mUI/ml al mes, y resultando negativa a los dos meses del inicio.

Además ecográficamente se confirma el desprendimiento corial y la descamación endometrial progresiva. Clínicamente permaneció asintomática salvo ocasionales episodios de dolor de tipo cólico coincidiendo uno de ellos, a los 25 días de iniciar la terapia, con la expulsión de restos de aspecto decidual que se enviaron a estudio anatomopatológico con resultado de restos ovulares y decidua necrótica. Finalmente, la

ecografía previa al alta muestra una anatomía uterina y cervical normales. El cérvix fue evaluado en un día 14 del ciclo 6 meses después objetivándose un Insler de 10.

Dos años más tarde la paciente queda gestante espontáneamente. El embarazo cursó de forma fisiológica, culminando en un parto eutócico a término.

DISCUSIÓN

Un estudio reciente establece una incidencia para la gestación cervical de 1/8628 gestaciones (4). La etiología de la misma no es conocida aunque algunos autores señalan como factor predisponente la cirugía cervical (4). Actualmente no existe un acuerdo sobre cuál es el tratamiento más apropiado. A mediados del siglo XX se llegó a registrar una tasa alta de mortalidad materna (5).

Esta infrecuente ubicación de embarazo ectópico supone un alto riesgo de histerectomía abdominal, lo que conlleva la pérdida de fertilidad en la mujer. En aquellos casos en los que pasa desapercibido o es confundido con un aborto incompleto, la maniobra de dilatación cervical puede desencadenar una metrorragia habitualmente incontrolable y que suele requerir tratamiento quirúrgico radical (histerectomía) para salvaguardar la vida de la paciente (6).

El diagnóstico precoz se ha conseguido gracias a la aparición de la ecografía transvaginal complementada del doppler color el cual puede demostrar el flujo sanguíneo peritrofoblástico, característico en la fase precoz de la implantación (3).

El tratamiento con metotrexate, vía intramuscular o intravenosa, ha mejorado las perspectivas del futuro

obstétrico, preservando la fertilidad, con restauración de la estructura cervical y mantenimiento de la anatomía uterina sin alteraciones en el patrón menstrual (7) ni en el desenlace de futuras gestaciones. Algunos autores registran una tasa de buenos resultados del 81,3% (4). No existe evidencia de que ocasione un mayor riesgo de incompetencia cervical ni de que se requiera de una cesárea para finalizar la gestación, como es el caso de nuestra paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Wong YH, Liang EY, Ng TK, Lau KY.:** A cervical ectopic pregnancy managed by medical treatment and angiographic embolization. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 1999; 39 (4): 493-6.
2. **Lobel SM, Meyerowitz MF, Benson CC, et al.:** Preoperative angiographic uterine embolization in the management of cervical pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1990; 76: 938-41.
3. **Jurkovic D, Hacket E, Campbell S.:** Diagnosis and treatment of early cervical pregnancy: a report of two cases treated conservatively. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1996; 8: 373-80.
4. **Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG.:** Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv.* 1997; 52: 45-59.
5. **Studdiford WE.:** Cervical pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1945; 49: 169-85.
6. **Giambanco L, Chianchiano N, Palmeri V, Catalano G.:** Cervical pregnancy: an obstetric emergency. A clinical case. *Minerva Ginecol.* 1998; 50 (7-8): 321-4.
7. **Kung FT, Chang SY.:** Efficacy of methotrexate in viable and nonviable cervical pregnancies. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 181 (6): 1438-44