

EMBARAZO ECTÓPICO EN CÉRVIX: REPORTE DE UN CASO
CERVICAL ECTOPIC PREGNANCY: REPORT OF A CASE
GRAVIDEZ ECTÓPICA CERVICAL: RELATO DE UM CASO

Vargas-Peredo Danitza Rina¹, Gutiérrez-Peredo Gabriel Brayan², Montaña-Castellón Iris Fabiola², Gutiérrez-Peredo Andrea Jimena³

RESUMEN

El embarazo ectópico cervical es la forma más rara entre las gestaciones ectópicas. Se define como toda gravidez con implantación del cigoto por debajo del orificio interno del cérvix, con una incidencia de 1 caso cada 1000 a 18000 gestaciones. Del total de los embarazos ectópicos, el 97% de los casos se sitúa en las trompas uterinas y el 3% restante en el cérvix, ovarios y cavidad abdominal. En el presente caso, se describe a una paciente de sexo femenino de 31 años de edad a la cual se le realiza una ecografía trans-vaginal y se diagnostica embarazo ectópico en cérvix. La importancia del caso, se debe a la poca frecuencia que existe en nuestro medio, por lo que creemos relevante la presentación. Esta patología es la causa más importante de morbi-mortalidad materna en el primer trimestre de gestación, el tratamiento variará conforme al cuadro clínico y la precocidad diagnóstica.

Palabras Clave: Embarazo ectópico, Cérvix del útero.

ABSTRACT

Cervical ectopic pregnancy is the most rare form among ectopic pregnancies. It is defined as any pregnancy with egg implantation below the internal os of cervix, with an incidence of 1 case per 1000-18000 pregnancies. Of all ectopic pregnancies, 97% of cases are in the fallopian tubes and the remaining 3% in the cervix, ovaries and abdominal cavity. In this case, we describe a 31 years old female patient when she underwent to transvaginal ultrasound and diagnosed cervical ectopic pregnancy. The importance of the case is due to the infrequency that exists in our environment, and we believe relevant the presentation. This condition is the leading cause of morbidity and mortality in the first trimester of pregnancy. Treatment will vary according to the clinical picture and the precocity diagnosis.

Keywords: Ectopic pregnancy, Cervix uteri.

RESUMO

A gravidez ectópica cervical é a mais rara entre gravidezes ectópicas. Sendo definida como toda gravidez com a implantação do ovo abaixo do orifício interno do colo do útero, com uma incidência de um caso por 1000-18000 gestações. Do total das gravidezes ectópicas, 97% dos casos situam-se nas trompas de falópio e os restantes 3% no colo do útero, nos ovários e na cavidade abdominal. Neste caso, descreve-se uma paciente do sexo feminino de 31 anos de idade, á quem se realizou uma ultrasonografia trans-vaginal e se diagnosticou gravidez ectópica cervical. A importância deste caso é pela pouca frequência de apresentação em nosso meio, pelo qual nós acreditamos que é relevante a sua apresentação. Esta condição é a causa principal da morbimortalidade materna no primeiro trimestre da gravidez, o seu tratamento irá variar de acordo com o quadro clínico e a precocidade diagnóstica.

Palavras-Chave: Gravidez ectópica, Colo do útero.

¹M.D. - Médico Ginecóloga-Obstetra, Clínica Copacabana. Cochabamba, Bolivia.

²Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina-Universidad Mayor de San Simón. Cochabamba, Bolivia.

³Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina-Universidad Privada Abierta Latinoamericana. Cochabamba, Bolivia.

Correspondencia / Correspondence: Danitza Rina Vargas-Peredo
e-mail: danitzavp@gmail.com

Recibido para publicación / Received for publication: 02/07/2013

Aceptado para publicación / Accepted for publication: 29/10/2013

Este artículo debe citarse como: Vargas-Peredo DR, Gutiérrez-Peredo GB, Montaña-Castellón IF, Gutiérrez-Peredo AJ. Embarazo ectópico en cérvix: reporte de un caso. Rev Méd-Cient "Luz Vida". 2013;4(1):50-53.

This article should be cited as: Vargas-Peredo DR, Gutiérrez-Peredo GB, Montaña-Castellón IF, Gutiérrez-Peredo AJ. Cervical ectopic pregnancy: report of a case. Rev Méd-Cient "Luz Vida". 2013;4(1):50-53.

Este artigo deve ser citado como: Vargas-Peredo DR, Gutiérrez-Peredo GB, Montaña-Castellón IF, Gutiérrez-Peredo AJ. Gravidez ectópica cervical: relato de um caso. Rev Méd-Cient "Luz Vida". 2013;4(1):50-53.

El embarazo ectópico (EE) se define como toda implantación fuera de la cavidad endometrial, dentro de las que se encuentra la implantación cervical, siendo esta la de menor frecuencia de presentación.¹⁻³ En América Latina entre los años 1982 y 2000 se presentaron sólo 28 casos de embarazos ectópicos cervicales, lo cual representó al 0,1% del total de los embarazos ectópicos.⁴

Respecto a su etiología, la misma permanece no del todo conocida.⁵ Entre los principales factores de riesgo están las cirugías uterinas previas, esterilidad, tabaco, dispositivos intra-uterinos (como en el presente caso), embarazo ectópico previo, patología tubárica y enfermedad inflamatoria pélvica.^{1,2}

La clínica clásica de presentación del EE es representada por la presencia de metrorragia, dolor abdominal y amenorrea; los cuales ayudan en la presunción diagnóstica de esta patología, en vista que los mismos no son exclusivos del EE, y también pueden estar presentes en otras patologías como el aborto.¹

Clínicamente el embarazo ectópico cervical, presenta características propias, presentando por ejemplo, inicialmente metrorragia, con o sin dolores de distinta intensidad espontáneamente o provocados por el coito o toque vaginal.⁶ Asimismo, al examen físico se observa cuello largo, blando, globoso, con el orificio cervical externo entreabierto, útero levemente aumentado de volumen, pero menor al esperado para el periodo de amenorrea presentado, el útero va adquiriendo forma de reloj de arena y el orificio externo se entreabre.^{4,6} Al examen especular el embarazo cervical puede ser confundido con neoplasia cervical, debido a la vascularización aumentada y al aspecto friable del cuello uterino.⁴

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y se complementa con pruebas de cuantificación de la β -hCG y la ecografía trans-vaginal, que detectan el embarazo ectópico con una sensibilidad del 97% y una especificidad del 95%, lo que hace innecesario el uso de otros métodos diagnósticos invasivos como el legrado de la cavidad o la laparoscopia diagnóstica.¹

La ecografía nos da el diagnóstico según los criterios de clasificación ultrasonográfica de embarazo cervical "Criterios de Ushakov", que son los siguientes:⁷

1. Saco gestacional en el endocérvix.
2. Presencia de una parte del canal intacto, entre el saco y el Orificio Cervical Interno (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 cardíaca.
5. Cavidad uterina vacía.
6. Desidualización endometrial.
7. Útero en reloj de arena.
8. Observación con doppler color, del flujo arterial del peritrofoblasto intracervical.

Antiguamente, ante el diagnóstico se procedía directamente a realizar la histerectomía, aunque hoy en día sigue siendo el último recurso que tenemos cuando todos los otros tratamientos fallan.

El tratamiento en fase inicial, sin sangrado abundante, puede ser medicamentoso o quirúrgico. El medicamentoso ha sido realizado empleando Metotrexato aislado o asociado a la Actinomicina D. El tratamiento quirúrgico, en esos casos, consiste en la dilatación del cuello uterino, con retirada instrumental del huevo, seguida de curetaje. Si persiste el sangrado, se debe hacer compresión con gaza de taponamiento o balón de sonda Foley inflado en el canal cervical, procediéndose al cerclaje si persiste el sangrado. En caso que esas medidas no sean suficientes para cohibir el sangrado, se indica ligadura de las arterias ilíacas internas o la histerectomía misma.⁴

La cirugía conservadora realizada con un raspado cuidadoso, bajo control ecográfico, conlleva un enorme riesgo de sangrado. En muchos casos el tratamiento posterior de elección es la histerectomía. Una alternativa es la aplicación sistémica o local de Metotrexato.⁸

El Metotrexato es un agente quimioterápico, que al ser un antagonista del ácido fólico, interfiere en la síntesis de DNA y RNA, y consecuentemente, en la multiplicación celular.⁴ Ejerce su mecanismo de acción a través de la unión con la enzima dihidrofolato reductasa, la cual participa en la síntesis de nucleótidos de purinas. Su eficacia sobre el tejido trofoblástico ha sido bien establecida.⁹

La primera vez que se describió el uso de Metotrexato como tratamiento médico sistémico en obstetricia, fue en 1982, en un caso de gestación ectópica localizada a nivel tubárico. Desde entonces se han propuesto múltiples protocolos acerca de su uso, incluyendo los casos de gestación ectópica cervical mediante inyección intrasacular del mismo. En 1989 Palti, et al., describieron el uso intracervical de Metotrexato, seguido de una inyección vía intramuscular. Kaplan, et al. y Timor-Tristch, et al. (1994) comunicaron también su uso intrasacular bajo supervisión ecográfica, todos con resultados favorables.⁹

La punción intrasacular de 50 mg de Metotrexato es un método óptimo para la resolución conservadora de este cuadro.⁷

En el presente caso clínico, se utilizó el método de Metotrexato sistémico según el Índice de Masa Corporal (IMC) de la paciente, y también de manera intrasacular bajo dirección ultrasonográfica.

Los principales efectos secundarios derivados del uso de Metotrexato son: gastritis, estomatitis, náuseas y alteraciones analíticas como elevación de las transaminasas hepáticas, leucopenia o trombocitopenia. No obstante son poco frecuentes, pero, que generalmente suelen ser bien tolerados por la mayoría de las pacientes.^{9,10}

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 31 años de edad, acude a consulta externa privada en fecha 11 de agosto de 2011, en la ciudad de Cochabamba-Bolivia. Refiriendo embarazo por irregularidad menstrual desde junio de 2011, dolor opresivo y a veces pungitivo en hipogastrio que se irradia en ambas fosas ilíacas, acompañado de náuseas, flujo vaginal amarillento y a veces café claro. Niega disuria. Luego de realizar un estudio ecográfico inicial, se decide

la internación de la paciente en fecha 15 de agosto en una Clínica Privada, para realizar mayores estudios.

Antecedentes Personales

- **Antecedentes personales no patológicos**
 - Ninguno de relevancia clínica.
- **Antecedentes personales patológicos**
 - Quirúrgicos: Cesárea hace 9 años (2002), sin complicaciones (se desconoce más datos).
- **Antecedentes gineco-obstétricos**
 - Menarca: 12 años.
 - FUM: 11/06/2011.
 - Métodos de Planificación Familiar: Dispositivo Intrauterino de 2009 a febrero de 2011.

Examen Físico

Al examen físico la paciente se encuentra en regular estado general, presenta mamas turgentes, a nivel cardiaco sin particular, a nivel gastrointestinal sin particular, a nivel vaginal se observa leucorrea leve.

Signos vitales: PA: 90/60 mmHg. FC: 72 x min. FR: 20 x min T: 36,5°C.

Examen Físico Obstétrico:

Al examen especular se observa cuello cerrado, largo, redondeado. Tacto vaginal evitado por el diagnóstico.

Estudios Realizados e Interconsultas Pre-Tratamiento

- **11/08/2011:** Ecografía trans-vaginal, donde se verifica embarazo ectópico en cérvix, de 8 semanas y 5 días. Cumpliendo la mayoría de los criterios de Ushakov. (Ver Figura 1).
- **15/08/2011:** Junta Médica, realizada con otros profesionales, del Centro Nacional de Fertilidad y Esterilidad "CENALFES" y de Medicina Fetal. Resultando en las siguientes conclusiones:
 - Impresión Diagnóstica:
 - Embarazo Ectópico en Cérvix.
 - Gestación de 8 semanas y 5 días por ecografía.
 - Colpitis.
 - Conducta (descrita a continuación).

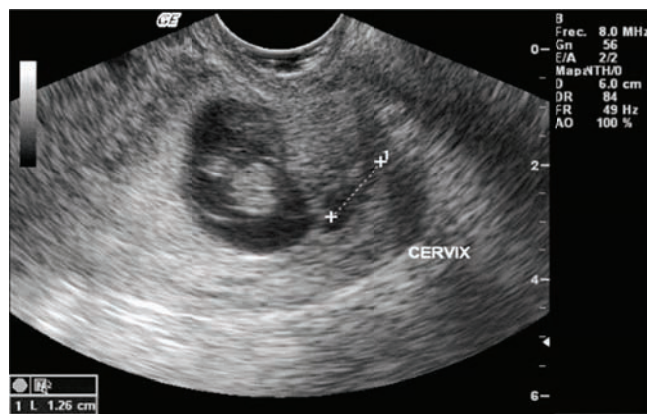


Figura 1. Ecografía trans-vaginal, donde se evidencia: Cuerpo del útero vacío, con saco gestacional en el cuello uterino, a 12 mm del orificio cervical externo. Embrión de 8 semanas y 5 días con FCF positiva (Criterio de Ushakov). **Fuente:** Fotografía tomada en consulta externa.

Plan: Conducta y Tratamiento

- **15/08/2011:** Se administra Metotrexato 50mg/m² Endovenoso (EV) lento diluido. Se mantiene a la paciente internada, monitorizando sus signos vitales, en reposo absoluto.

- **18/08/2011:** En el control por ecografía la longitud Céfaló-Caudal no aumentó.
- **18/08/2011:** Se realiza inyección intra-saco de Metotrexato, bajo guía ecográfica transvaginal, (Metotrexato 100mg + Suero Fisiológico 5ml). Por vía Endovenosa (EV) se administra Dextrosa al 5% + Metotrexato 100mg EV en 1 hora. Profilaxis antibiótica con Cefotaxima EV, STAT.
- **22/08/2011:** Al control ecográfico: Saco gestacional oval, casi sin líquido amniótico. Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) negativa, se observa disminución de la reacción decidual. (Ver Figura 2).
- Alta médica, con indicación de reposo en domicilio.
- **23/08/2011:** Paciente elimina espontáneamente al embrión muerto y presenta eliminación de restos y sangrado.
- **23/08/2011:** Ecografía obstétrica: restos ovulares en cérvix. (Ver Figura 3).
- **23/08/2011:** En quirófano bajo anestesia general, se procede a retiro de restos mayores con pinza Cheron. Ante sangrado profuso se procede a hemostasia con balón de sonda Foley impregnada con Misoprostol.
- **Estudio Anatomopatológico:** (Ver Figura 4).

- Reporta:

- Varios fragmentos de tejido que en conjunto ocupan un volumen de 4cc, café claros, irregulares, y blandos.
- Embrión que mide 29 milímetros de longitud y diámetro cefálico de 9 milímetros. Presenta piel café clara rugosa focalmente cubierto por restos de material hemático.

- Diagnóstico Anatomopatológico:

- Biopsia de Endometrio: Endometrio con reacción de Arias Stella y hemorragia reciente.
- Producto de la gestación: Embrión de 9 semanas de gestación.

- **25/08/2011:** Se retira sonda Foley sin interferencias, se realiza antibióticoterapia profiláctica y controles ecográficos seriados.
- **18/10/2011:** Expulsión de restos residuales de forma espontánea.

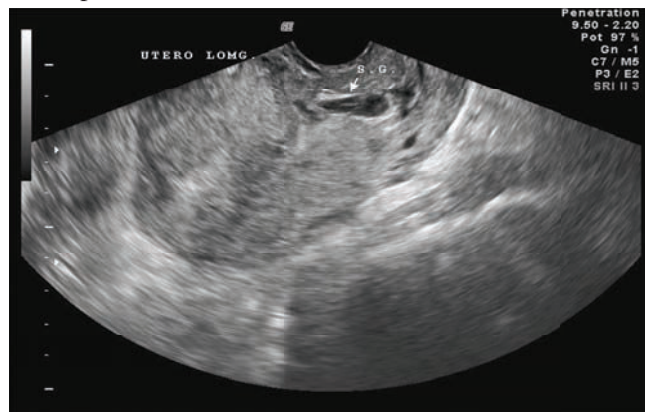


Figura 2. Ecografía trans-vaginal 3D, después de la inyección intrasacal de Metotrexato. **Fuente:** Fotografía tomada en CENALFES.

Evolución

- El post-operatorio de la paciente es favorable, se le realiza controles mensuales, no muestra recidivas de la lesión y se observa buen cierre cicatricial en la le-

sión cruenta.

- **11/11/2011:** Se opta por la anticoncepción oral como método de planificación familiar, el mismo que uso hasta junio de 2013.
- En fecha 03/10/2013 la paciente presenta embarazo con saco tóxico de 6 semanas.

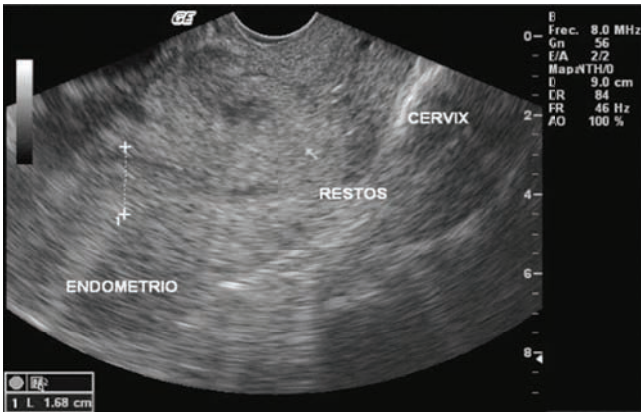


Figura 3. Ecografía trans-vaginal: donde se evidencia: Restos ovulares en cérvix, post expulsión espontánea del embrión obitado. **Fuente:** Fotografía tomada en consulta externa.

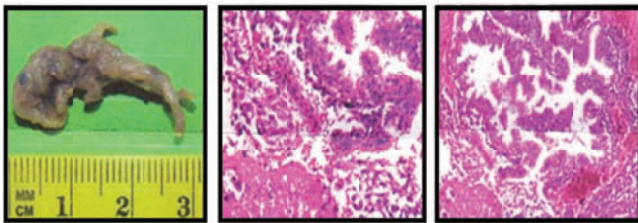


Figura 4. Estudio Anatomopatológico. Reporta: Embrión de 9 semanas de gestación. Endometrio con reacción de Arias Stella y hemorragia reciente.

DISCUSIÓN

Este artículo no solo es importante por la poca incidencia de casos similares, sino también por la terapéutica de resolución que se emplea, puesto que no existe al momento un protocolo consensuado para su manejo y resolución en Bolivia.

Es primordial mantener una sospecha diagnóstica de embarazo ectópico en sus distintas presentaciones, en toda mujer con antecedentes suficientes y con la sintomatología correspondiente a la triada típica de esta hemorragia de la primera mitad del embarazo, que incluye: metrorragia, dolor abdominal tras un periodo de amenorrea, pero sin dejar de lado la posibilidad de que hayan mujeres que salgan de estos estándares y puedan presentar una sintomatología leve o incluso cursar con un embarazo ectópico asintomático en las primeras semanas y debido a que es la causa más importante de morbi-mortalidad materna en el primer trimestre de gestación, este debe ser detectado lo antes posible para dar un tratamiento que deje el menor número de secuelas posibles.^{1,2}

Se debe cumplir con un protocolo ecográfico precoz y realizar un estudio a la sexta ó séptima semana de gestación, ya que en estos estadios precoces hay diversas alternativas para el tratamiento conservador. Antiguamente el tratamiento definitivo era la histerectomía, en la actualidad se ha abierto una nueva puerta donde se logra conservar el útero en su integridad en pacientes que desean tener nuevas gestas.⁵

En cuanto al tratamiento usado en la paciente, si bien no existe un protocolo único en Bolivia, el empleado en este caso, presentó una efectividad esperada, aunque también existen otros autores como Pandolfi E, et al.,² que se remiten a emplear Metotrexato a nivel sistémico, obteniendo también buenos resultados.

Referente al diagnóstico, la ecografía ha demostrado tener una alta sensibilidad y especificidad, por lo que se han elaborado clasificaciones a partir de la misma, “Clasificación de Ushakov”.⁷ En este caso se diagnosticó mediante un estudio ecográfico convencional en el que se visualizó muy bien la patología, y sin nada que envidiar a un estudio en 3D.

Estos nuevos métodos terapéuticos, nos han ayudado a encontrar un nuevo enfoque de tratamiento para una patología de alto riesgo, donde el médico debe ser paciente con el efecto del Metotrexato y esperar la eliminación espontánea del saco gestacional y solamente si el caso lo amerita, se debe realizar el legrado, debido al inminente riesgo de hemorragia masiva, aunque en esta situación no se debe olvidar que el balón de la sonda Foley es una alternativa como medida compresiva en el canal endocervical, lo cual puede salvar la vida de la paciente.

Potencial Conflicto de Intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses pertinentes a este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Suy-Franch A, Cabero-Roura L. Patología de la primera mitad (II): Embarazo ectópico. En: Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E, editores. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2007. p.531-4.
2. Pandolfi E, Freitas F, Sabino J, Cintra A. Gestação ectópica. En: Freitas F, Martins S, Lopes J, Magalhães J, editores. Rotinas em Obstetricia. 4ª ed. São Paulo: editora Artmed; 2001. p.568-72.
3. Bianchi AE, Lutz SI, Tonelli RE, Bricco MRA. Embarazo Ectópico Cervical. Rev Med Hosp Esp Mza. 2010;12(2):63-6.
4. Sociedad de ginecología de Minas Gerais. Manual de ginecología y obstetricia. 5ª ed. Belo Horizonte: Editorial de cultura médica, CoopMed; 2012.
5. Enríquez B, Fuentes L, Gutiérrez N, León M. Clínica y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo ectópico. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2003 sep-dic [citado 5 mayo 2013];29(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/gin/indice.html>
6. Lenir M, Lourenco N. Gravidéz Ectópica. En: Lenir M, Lourenco N, editores. Tratado de Obstetricia FEBRESAG. Rio de Janeiro: Editorial Revinter Ltda; 2000. p.445-50.
7. Cifuentes J, Martínez J, Cabrera C, Spichiger O, Farías G, Restovic J, et al. Embarazo cervical: una decisión difícil de tomar. Rev Chil Ultrasonog. 2006;9(1):10-2.
8. Keckstein J, Hucke J. Patología de la primera mitad (II): Embarazo ectópico. En: Keckstein J, Hucke J, editores. Cirugía Laparoscópica en Ginecología. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2003. p.116-25.
9. Troncoso F, Cardone X, Rondini C, Troncoso C. Embarazo ectópico cervical. Diagnóstico y tratamiento conservador con cerclaje cervical. Rev Chil Obstet Ginecol. 2005;70(4):257-60.
10. Botella-Llusiá J, Clavero-Núñez J. Embarazo Ectópico. En: Botella-Llusiá J, Clavero-Núñez J, editores. Tratado de Ginecología. 14ª ed. Madrid: Ediciones Días de Santos; 1993. p.391-9.