



PROGRESOS DE

Obstetricia y Ginecología

Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

ARÁN



Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

Prog Obstet Ginecol. 2016;59(2):78-82

Práctica Clínica

Gestación ectópica cervical: diagnóstico y tratamiento

Cervical ectopic pregnancy: diagnosis and treatment

Macarena Sanchis Sanz, Montserrat Grau Bono, Adriana Estruch Gregori, Maria Sifres Alemany, Mónica Usó del Amor y Josep Vicent Carmona Moral

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Resumen

Introducción: la gestación ectópica cervical es una entidad poco frecuente que precisa de un elevado grado de sospecha clínica para su diagnóstico. Puede tener graves repercusiones maternas, por lo que su diagnóstico precoz y tratamiento individualizado son de extrema importancia.

Caso clínico: presentamos el caso clínico de una mujer de 28 años, diagnosticada de gestación ectópica cervical en la quinta semana de amenorrea. Recibió tratamiento conservador con dos dosis de metotrexato (MTX) y posteriormente una evacuación uterina mediante un legrado por aspiración.

Discusión: según la bibliografía revisada sobre esta patología, el tratamiento conservador es la opción terapéutica que presenta una menor morbilidad, además de preservar la fertilidad de las pacientes; sin embargo todas las opciones de tratamiento deben de ser valoradas en cada caso.

Palabras clave:

Embarazo ectópico cervical. Metotrexato. Embolización arteria uterina.

Abstract

Background: Cervical ectopic pregnancy is a rare entity and requires a high index of suspicion for diagnosis. This event can have serious maternal effects and therefore early diagnosis and individualized treatment are of the utmost importance.

Case report: We report the case of a 28-year-old woman diagnosed with a cervical ectopic pregnancy in the fifth week of amenorrhea. She received conservative treatment with two doses of methotrexate (MTX) and subsequent uterine evacuation by suction curettage.

Discussion: Based on a literature review of the topic, conservative treatment is the option with the lowest morbidity and mortality and preserves fertility; however all treatment options should be assessed in each case.

Key words:

Cervical ectopic pregnancy. Methotrexate. Uterine artery embolization.

Recibido: 27/02/2015
Aceptado: 06/05/2015

Sanchis Sanz M, Grau Bono M, Estruch Gregori A, Sifres Alemany M, Usó del Amor M, Carmona Moral JV. Gestación ectópica cervical: diagnóstico y tratamiento. Prog Obstet Ginecol. 2016;59:78-82

Correspondencia:

Macarena Sanchis Sanz. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Francesc de Borja. Avinguda de la Medicina, 6. 46702 Gandía, Valencia
e-mail: macarena.sanchis@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La gestación ectópica cervical (GEC) es una gestación extrauterina donde el embarazo se implanta en la mucosa cervical, por debajo del orificio cervical interno. Representa menos del 0,1% de los embarazos ectópicos y tiene una incidencia que varía de un caso cada 1.000-18.000 nacidos vivos (1). El primer caso de GEC diagnosticado ecográficamente fue publicado por Raskin en 1978 (2).

Históricamente la gestación ectópica cervical era diagnosticada en estadios avanzados, lo que conllevaba graves complicaciones maternas y consecuencias a medio-largo plazo en la vida reproductiva de la paciente, como la esterilidad secundaria a tratamientos quirúrgicos agresivos. Actualmente, gracias a los avances de las técnicas diagnósticas podemos realizar diagnósticos precoces que mejoren la morbimortalidad de las pacientes.

En la literatura revisada se observa que la combinación de diferentes tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, es muy frecuente en la práctica clínica; lo que pone de manifiesto la ausencia de unos criterios de clasificación claros y consensuados y de un tratamiento óptimo de esta patología (3).

A continuación presentamos un caso clínico de gestación ectópica cervical diagnosticado en nuestro departamento, su diagnóstico, el tratamiento recibido y su evolución, como base para la discusión de los diferentes enfoques terapéuticos disponibles en la actualidad.

CASO CLÍNICO

Mujer de 28 años que acude al servicio de urgencias de ginecología por escaso sangrado vaginal y una amenorrea de 5 semanas y 2 días.

La paciente no presenta antecedentes personales de interés, el grupo sanguíneo y factor Rh es A positivo y como antecedentes obstétricos refiere una cesárea hace 7 años y 2 abortos espontáneos que no requirieron legrado.

A la exploración se observaron muy escasos restos hemáticos en vagina, el cérvix bien epitelizado, el orificio cervical externo cerrado y la exploración bimanual y pélvica eran anodinas. La paciente estaba hemodinámicamente estable. En la ecografía transvaginal el útero era regular en anteversoflexión (AVF) y con una línea endometrial de 19 mm sin visualizarse saco gestacional intracavitario. A nivel del cérvix uterino se observaron dos imágenes econegativas, una en cara posterior compatible con un quiste de glándula de Naboth con mapa Doppler color negativo. Otra en cara anterior, de 11 mm, que presentaba un halo hiperrefringente, sin vesícula vitelina ni embrión en su interior, y con mapa Doppler color presente (Fig. 1). Ambos anexos tenían un aspecto normal y la paciente no presentaba líquido libre en pelvis.

La B-HCG sérica total era de 2.120 UI/L y el hemograma, bioquímica y coagulación presentaban valores dentro del límite de la normalidad.

Ante la sospecha diagnóstica de gestación ectópica cervical se solicitó una nueva determinación de B-hCG a las 48 h, siendo de

5.400 UI/L. La ecografía transvaginal presentaba las mismas características que en las exploraciones previas, pero en esta ocasión la paciente presentaba un sangrado vaginal mayor, por lo que se decidió ingreso de la paciente e iniciar tratamiento con 50 mg/m² metotrexato intramuscular (i.m.). A las 48 y 96h se solicitaron nuevas determinaciones de B-HCG siendo de 7.800 y 8.911 UI/L respectivamente, y se decidió administrar una segunda dosis de MTX (50 mg/m²). Previamente a la segunda administración de MTX, la ecografía transvaginal mostraba una línea endometrial de 24 mm y un saco gestacional cervical de 23 mm con una vesícula vitelina de 4 mm, pero sin llegar a visualizar embrión (Fig. 2). La B-HCG a las 72 h de la segunda dosis de MTX, era de 8.407 UI/L. Durante todos estos controles, la paciente presentaba valores analíticos de hemograma, bioquímica y coagulación dentro de la normalidad.

A los 7 días de la segunda dosis de MTX la B-HCG era de 5.992 UI/L y a la semana de esta, el valor había descendido hasta 2.800 UI/L, aunque en este último control la paciente refería un aumento del sangrado vaginal que se evidenció en la exploración clínica.

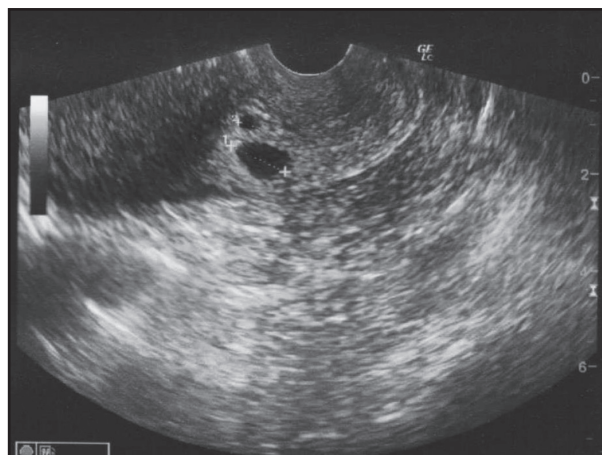


Figura 1. Cérvix en el momento del diagnóstico.

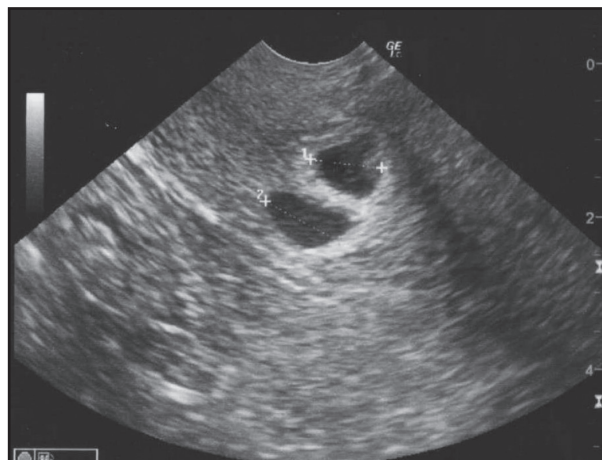


Figura 2. Crecimiento de saco gestacional intracervical.

En la ecografía pélvica se observó un línea endometrial de 20 mm y el saco gestacional cervical había disminuido (14x7 mm), esta vez con vesícula vitelina de 2.19 mm y un embrión de 6.6 mm, sin FC (Fig. 3). Ante los nuevos hallazgos ecográficos y el aumento del sangrado vaginal, se decide legrado evacuador por aspiración, que se realizó de forma habitual y sin complicaciones. A la semana la paciente estaba asintomática, en la ecografía transvaginal se observaba un útero en AVF, regular, una línea endometrial fina y el cérvix tenía un aspecto normal. La determinación de la B-HCG era de 9,8 UI/L (Fig. 4).

El estudio anátomo-patológico posterior revelaba una decidua compacta y esponjosa sin vellosidades coriales ni embrión.

DISCUSIÓN

El cérvix es un lugar raro y peligroso para la implantación de la gestación. La imposibilidad de retracción muscular por las características anatómicas cervicales, unido a la invasión trofoblástica, hacen que sea frecuente la evolución a una hemorragia vaginal severa con graves repercusiones maternas.

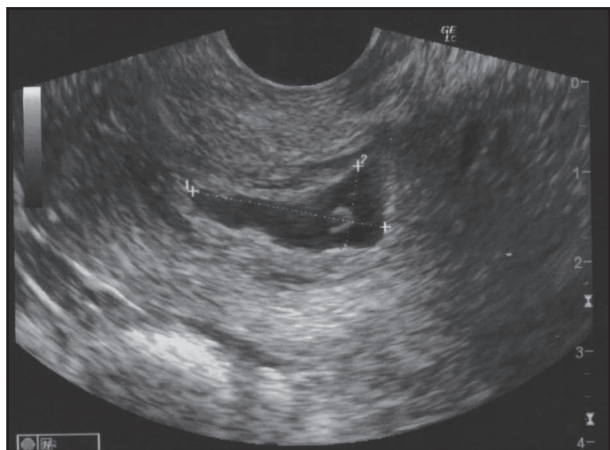


Figura 3. Saco gestacional con presencia de vesícula y embrión.

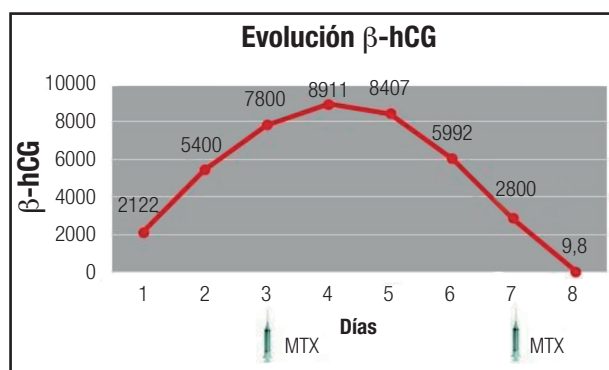


Figura 4. Evolución de los niveles de B-hCG en sangre periférica.

Entre los factores de riesgo conocidos para la GEC encontramos aquellos procedimientos o patologías que produzcan lesión a nivel cervical, tales como la cicatriz de cesárea, legrado uterino, conización cervical, miomas submucosos o síndrome de Asherman (4). La fecundación in vitro también parece estar asociada con un aumento de la incidencia de la GEC (5).

Actualmente, la ecografía nos ayuda a llevar a cabo diagnósticos más precoces, y con ello, tratamientos más conservadores que ayudan a preservar la fertilidad (6) y de aquí la importancia del diagnóstico precoz de esta entidad.

Gracias a los avances en el diagnóstico ecográfico y bioquímico, la mortalidad de los casos de gestación ectópica cervical ha conseguido disminuir hasta el 0-6% que presenta actualmente, con variaciones según la serie estudiada (7-9).

Los hallazgos ecográficos han sustituido el tradicional método de confirmación histológica en la pieza de histerectomía. Sin embargo, ninguno de los signos ecográficos observados hasta la fecha son totalmente diagnósticos (10).

Los criterios ecográficos para sospechar una GEC son (10,11):

- Saco gestacional o placenta en el conducto cervical.
- Línea endometrial normal.
- Útero con forma de reloj de arena con canal cervical engrosado.
- Orificio cervical interno cerrado.

Teniendo en cuenta estos criterios ecográficos, aproximadamente un 87,5% de los casos de GEC serían diagnosticados correctamente; y en aquellos casos dudosos, la resonancia magnética nuclear es de gran ayuda (12).

Deberíamos plantearnos un diagnóstico diferencial con el aborto incompleto y el embarazo ectópico sobre la cicatriz de cesárea anterior. En el caso del aborto incompleto, generalmente al presionar con la sonda ecográfica sobre el cérvix uterino, el saco gestacional se desplaza fácilmente. En cuanto a la incidencia del embarazo ectópico sobre la cicatriz de una cesárea anterior, está estimada en 1/1.800 gestaciones (13); por lo que podría ser más frecuente de lo que se creía hasta la fecha. En estos casos se debe constatar la cavidad uterina y el canal cervical vacíos y el saco gestacional o material trofoblástico debe identificarse en la cara anterior ístmica uterina. Es importante objetivar la ausencia de miometrio conservado entre la vejiga y la imagen de gestación ectópica; ya que este criterio es el que permite el diagnóstico diferencial con la GEC.

Hasta hace algunos años, el único tratamiento era la histerectomía total; sin embargo los procedimientos conservadores se han postulado como una opción completamente válida y consolidada. Las diferentes opciones de tratamiento dependen, principalmente, del estado hemodinámico de la paciente; teniendo en cuenta también su deseo genésico. De esta manera, ante un diagnóstico de certeza de GEC, planificaremos el tratamiento atendiendo a las características individuales de cada caso (14):

- Gestantes hemodinámicamente estables, con gestación menor de 12 semanas, FC negativa y subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (B-HCG) menor de 10.000 UI/L.
- Gestantes hemodinámicamente inestables y/o con gestación mayor a 12 semanas.

En el primer caso, el tratamiento de elección sería el MTX sistémico, siendo necesario un seguimiento de estas pacientes con una cuantificación seriada de la B-HCG. La inyección en el interior del saco gestacional de cloruro potásico también es útil en estos casos, siendo utilizada sobre todo para aquellos embriones que presenten latido cardíaco. Los requisitos para llevar a cabo un tratamiento médico conservador son, pacientes hemodinámicamente estables, sin evidencia de hemoperitoneo, y con funciones renal y hepática normales. Se ha observado que en pacientes con edades gestacionales menores de 10 semanas y valores de B-HCG menores de 10.000 UI/L, parece existir una mejor respuesta al tratamiento conservador (15).

Por el contrario, las pacientes hemodinámicamente inestables y/o gestaciones de más de 12 semanas, requerirán medidas más invasivas para evitar complicaciones graves. El tratamiento de elección en estos casos es el quirúrgico, pudiendo ser conservador o radical y comprenderá desde el legrado por aspiración o la resección histeroscópica, hasta la embolización de arterias uterinas o la histerectomía en los casos más graves.

A continuación exponemos los diferentes tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, que se están planteando actualmente para afrontar con éxito esta patología (16):

- *Quimioterapia sistémica*: el MTX se puede utilizar en monodosis o en múltiples dosis, acompañado o no de ácido fólico. A pesar de sus efectos adversos, el MTX es el tratamiento más comúnmente utilizado en gestaciones menores a 9 semanas sin presencia de actividad cardíaca embrionaria. Sin embargo, la evidencia científica del uso de MTX en el embarazo cervical se limita a pequeñas series de casos (17,18).
- Trabajos publicados demuestran que el tratamiento con MTX en casos seleccionados alcanzan un éxito aproximado entre el 81% (19) y el 91% (20), evitando así el tratamiento quirúrgico.
- El principal problema del tratamiento médico con MTX radica en la imposibilidad de predecir una hemorragia cervical masiva.
- *Reducción en el aporte sanguíneo*: hay varias técnicas, como el cerclaje cervical, la ligadura transvaginal de las ramas cervicales de la arteria uterina (11), la ligadura de las arterias uterinas o ilíaca interna y la embolización de las arterias uterinas (EAU) (6). Generalmente, estas técnicas se utilizan de manera conjunta combinándolas con el tratamiento médico con MTX (6).
Aunque la EAU es una técnica prometedora para reducir la morbilidad en mujeres con gestación a nivel cervical, se requieren más estudios que avalen sus resultados; pues aún no están claros sus efectos sobre la fertilidad posterior y la incidencia de complicaciones asociadas a los efectos isquémicos (21,22), como por ejemplo el fallo ovárico precoz (23).
- *Inyección intraamniótica*: otra alternativa, es la inyección intrasaco gestacional de cloruro potásico o MTX guiado por ecografía en los casos con actividad cardíaca presente, asociado, generalmente, a la administración de MTX

sistémico. La inyección intraamniótica de cloruro potásico es la técnica a tener en cuenta en las gestaciones heterotópicas como primera opción (24).

- *Taponamiento con sonda de Foley*: se coloca la sonda de Foley a nivel del canal cervical y sobrepasando el orificio cervical externo, inyectando 30 ml de suero salino en el globo de la sonda. Con esta técnica se consigue controlar la hemorragia generalmente tras la realización de otros procedimientos como el legrado o la histeroscopia.
- *Técnicas quirúrgicas*: hacen referencia al legrado, la resección histeroscópica y la histerectomía.
- El *legrado* es un procedimiento mínimamente invasivo y que preserva la fertilidad de las pacientes, sin embargo, su uso de rutina no está establecido dado el alto riesgo de hemorragia que conlleva por las características de la GEC.
- En cuanto a la *resección histeroscópica*, es una técnica que generalmente se emplea de manera combinada junto con la embolización de las arterias uterinas. La extirpación del tejido trofoblástico bajo visión directa consigue minimizar las posibilidades de hemorragia grave y preserva la fertilidad. En 1992, Roussis y cols. describieron el primer caso de tratamiento histeroscópico de la GEC tras tratamiento con MTX (25).
- La *histerectomía* sigue siendo la técnica de elección en pacientes con sangrado incoercible, deseos genésicos cumplidos, en caso de testigos de Jehovah, patología uterina asociada o GEC en el segundo y tercer trimestre.

CONCLUSIONES

Hasta hoy, la atención médica de las pacientes con gestación ectópica cervical sigue basándose en las pocas revisiones existentes, sin que se haya establecido un patrón de referencia por la falta de estudios con significación estadística, derivado de la baja prevalencia de esta patología. De esta manera, a pesar de los avances en el manejo de la GEC, aún no se ha demostrado cual es el tratamiento más efectivo.

En nuestro caso clínico, a pesar de la estabilidad hemodinámica de la paciente, la actividad cardíaca fetal ausente y los valores de B-HCG menores de 10.000 UI/L, el tratamiento médico con MTX no fue suficiente para la resolución del episodio; y como se presenta en la literatura revisada, el tratamiento combinado médico-quirúrgico (en este caso asociando el legrado cervical) fue un éxito. Tanto es así, que la paciente consultó al servicio de urgencias de Obstetricia de nuestro centro, habiendo quedado gestante a los tres meses de la resolución de la GEC. El embarazo ha sido controlado en un centro privado y ha llegado a término sin incidencias.

Se puede comprobar, al igual que en otros trabajos publicados, que la actuación en nuestra paciente ha conseguido superar los objetivos actuales de tratamiento: un resultado efectivo sin afectar a la fertilidad.

El tratamiento de esta patología continúa siendo un reto para los profesionales, que deberán individualizar cada caso, tenien-

do en cuenta que el diagnóstico temprano es lo que conlleva una mayor tasa de éxito en el tratamiento y un mejor pronóstico materno.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Kirk E, Condous G, Haider Z, et al. The conservative management of cervical ectopic pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;27:430-7.
- Raskin MM. Diagnosis of cervical pregnancy by ultrasound. A case report. *Am J Obstet Gynecol* 1978;130:234-5.
- Vela G, Tulandi T. Cervical pregnancy: The importance of early diagnosis and treatment. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:481-4.
- Gun M, Mavrogiorgis M. Cervical ectopic pregnancy: a case report and literature review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;19:297-301.
- Bennet S, Waterstone J, Parsons J, et al. Two cases of cervical pregnancy following in vitro fertilization and embryo transfer to the lower uterine cavity. *J Assist Reprod Genet* 1993;10:100-3.
- Zakaria MA, Abdallah ME, Shavell VI, et al. Conservative management of cervical ectopic pregnancy: utility of uterine artery embolization. *Fertil Steril* 2011;95(3):872-6.
- Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, et al. Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv* 1997;52:45-59.
- Wolcott HD, Kaunitz AM, Nuss RC, et al. Successful pregnancy after previous conservative treatment of an advanced cervical pregnancy. *Obstet Gynecol* 1998;71:1023-5.
- Bueno G, Martínez-Gómez E, Pascual A, et al. Tratamiento quirúrgico mediante histerectomía de un embarazo ectópico cervical. *Clin Invest Ginecol Obstet* 2008;35:144-6.
- Kung FT, Lin H, Hsu TY, et al. 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.
- Hofmann HM, Urdl W, Höfler H, et al. Cervical pregnancy: case reports and current concepts in diagnosis and treatment. *Arch Gynecol Obstet* 1987;241:63.
- Bader-Armstrong B, Shah Y, Rubens D. Use of ultrasound and magnetic resonance imaging in the diagnosis of cervical pregnancy. *J Clin Ultrasound* 1989;17:283-6.
- Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, et al. First trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21:220-7.
- Martínez Parrondo N, Guzmán Muñoz M, González Hinojosa J, et al. Tratamiento médico de la gestación ectópica cervical: Nuevos avances. *Prog Obstet Ginecol* 2012;55(4):204-8.
- Avick GM, Harris-Owens M. Conservative medical management of advanced cervical ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol Surv* 2000;55:385-9.
- Singh S. Diagnosis and management of cervical ectopic pregnancy. *J Hum Reprod Sci* 2013;6(4):273-6.
- Hung TH, Jeng CJ, Yang YC, et al. Treatment of cervical pregnancy with methotrexate. *Int J Gynaecol Obstet* 1996;53:243.
- Dotters DJ, Katz VL, Kuller JA, et al. Successful treatment of a cervical pregnancy with a single low dose methotrexate regimen. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;60:187.
- Karande VC, Flood JT, Heard N, et al. Analysis of ectopic pregnancies resulting from in-vitro fertilization and embryo transfer. *Hum Reprod* 1991;6:446.
- Kung Ft, Chang SY. Efficacy of methotrexate treatment in viable and nonviable cervical pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1438-44.
- Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, et al. Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv* 1997;52:45.
- Hansch E, Chitkara U, McAlpine J, et al. Pelvic arterial embolization for control of obstetric hemorrhage a five-year experience. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:1454.
- Hosni MM, Herath RP, Rashid M. Diagnostic and therapeutic dilemmas of cervical ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2014;65:261-76.
- Gutiérrez A, Charines E, de Andrés P, et al. Embarazo heterotópico cervical: descripción de un caso. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:346-9.
- Roussis P, Ball RH, Fleisher AC, et al. Cervical pregnancy: a case report. *J Reprod Med* 1992;37:479.