

Embarazo ectópico cervical

Cervical ectopic pregnancy

Yaíma Alonso Llanes¹ <https://orcid.org/0000-0002-9789-9205>

Miguel Gutiérrez Herrera^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4073-3685>

Andrés Torres Echevarría¹ <https://orcid.org/0000-0003-3765-0683>

Ernesto Duro Novoa¹ <https://orcid.org/0000-0003-1940-1464>

Silvia Ferro Montes¹ <https://orcid.org/0000-0002-1001-265X>

Lilian Delgado Peruyera¹ <https://orcid.org/0000-0001-8785-5738>

¹Hospital Ginecobstétrico Ramón González Coro. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: miguel.gtrrez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El embarazo ectópico cervical es una complicación rara que resulta de la implantación del trofoblasto en el canal cervical y se asocia a una significativa morbilidad y mortalidad, e importante compromiso de la fertilidad futura. El diagnóstico es generalmente tardío y en la mayoría de los casos se realiza en el salón de operaciones.

Objetivo: Describir el caso clínico de una paciente con embarazo ectópico cervical de ocho semanas tratado exitosamente mediante histerectomía total abdominal.

Presentación del caso: Paciente de 40 años que acude al servicio de urgencia del Hospital Ramón González Coro, La Habana, Cuba remitida de su área de salud por presentar *test* de embarazo positivo, sangramiento vaginal escaso y ecografía que informa aborto en curso. En el hospital se realiza ultrasonido transvaginal de urgencia que describe saco gestacional en canal cervical, y embrión de 8,5 semanas, con presencia de latido cardíaco. Se realiza histerectomía total abdominal sin complicaciones y se envía la pieza a Anatomía Patológica. El informe histopatológico confirmó la presencia del embarazo ectópico cervical.

Conclusiones: El diagnóstico precoz del embarazo ectópico cervical puede ser sospechado por los factores de riesgo presentes y el examen clínico, y confirmado por la ultrasonografía vaginal. El tratamiento dependerá de las condiciones clínicas, edad gestacional del producto y paridad de la paciente.

Palabras clave: embarazo ectópico cervical; histerectomía.

ABSTRACT

Introduction: Cervical ectopic pregnancy is a rare complication that results from trophoblast implantation in the cervical canal and it is associated with significant morbidity and mortality, and significant compromise of future fertility. Diagnosis is generally late and, in most cases, it is made in the operating room.

Objective: To describe the clinical case of a patient with an eight-week cervical ectopic pregnancy successfully treated by total abdominal hysterectomy.

Case report: A 40-year-old patient came to the emergency service of Ramón González Coro Hospital, Havana, Cuba, referred from her health area for having positive pregnancy test, scarce vaginal bleeding and ultrasound reported an abortion in progress. In the hospital, an emergency transvaginal ultrasound was performed, which described a gestational sac in the cervical canal, and an 8.5-week embryo, with heartbeat. A total abdominal hysterectomy was performed without complications and the piece was sent to pathology. The histopathological report confirmed the presence of cervical ectopic pregnancy.

Conclusions: The early diagnosis of cervical ectopic pregnancy can be suspected by the present risk factors and the clinical examination, and it was confirmed by vaginal ultrasonography. Treatment will depend on the clinical conditions, gestational age of the product and parity of the patient.

Keywords: cervical ectopic pregnancy; hysterectomy.

Recibido: 29/09/2020

Aceptado: 15/10/2020

Introducción

El embarazo ectópico (EE) fue descrito por primera vez en el año 963 D.C. por el médico árabe *Albucassi*. Hoy en día constituye una de las afecciones ginecobstétricas de mayor morbimortalidad, responsable del 9 al 13 % de las muertes maternas durante el primer trimestre de embarazo; y se debe a la implantación y desarrollo del saco gestacional fuera de la cavidad uterina.⁽¹⁾

La localización más común es en la trompa de *Falopio* (98 %), mientras en el cérvix es extremadamente raro (0,2 % del total de los embarazos ectópicos). La incidencia del embarazo ectópico cervical (EEC) es uno de cada 1000 a 18 000 embarazos.⁽²⁾

El EEC resulta de la implantación del trofoblasto en el canal cervical, región que al no tener capa media plexiforme no se contrae y el control de los sangrados se dificulta, lo que representa una verdadera urgencia obstétrica.⁽³⁾

La implantación cervical puede desarrollarse de tres maneras:

- El saco gestacional puede crecer hacia el orificio cervical externo y la interrupción puede simular una menstruación anormal.
- El saco gestacional puede alcanzar la cavidad uterina con una evolución normal del embarazo, aun cuando la placenta esté implantada en el orificio cervical interno.
- El saco gestacional ectópico puede desarrollarse completamente en el canal cervical y producir una catástrofe obstétrica.⁽⁴⁾

La etiología de este tipo de embarazo es desconocida; algunos autores refieren factores relacionados. *Studolsford* propuso la posibilidad de un transporte rápido del óvulo fertilizado, que causa su ingreso al canal cervical antes de poder anidar.⁽⁵⁾ *Parente* y otros sostienen que el daño de la línea endometrial podría hacerla inapropiada para su nidación y favorecer la implantación cervical.⁽⁶⁾

Suha-Sonmez y otros refieren que la edad avanzada y la multiparidad podrían resultar en incompetencia del orificio cervical interno.⁽⁷⁾

Factores de riesgo:^(2,3)

1. Edad materna entre 35 y 44 años.
2. Embarazo en presencia de dispositivo intrauterino.
3. Transferencia embrionaria.
4. Fertilización in vitro.
5. Leiomioma.
6. Legrado instrumental.
7. Síndrome de Asherman.
8. Cesárea previa.
9. Cirugía sobre el cérvix.

El mecanismo de sangrado en el embarazo ectópico cervical se debe a que las mucosas endo y exocervicales no pueden producir reacción decidual efectiva. Además, el cérvix con un escaso 15 % de fibras de músculo liso no puede lograr una hemostasia mecánica efectiva ni responder a los fármacos uterotónicos.⁽⁷⁾

Un retraso en el diagnóstico se asocia a morbilidad materna por hemorragia.⁽²⁾

Gracias a las actuales técnicas ecográficas, el EEC se puede diagnosticar en las primeras etapas de su evolución al identificar un saco gestacional en el cuello uterino, y puede instaurarse un tratamiento conservador que permite preservar la fertilidad. Hace casi dos décadas, el embarazo cervical, a menudo se diagnosticaba erróneamente como un aborto incompleto y se trataba mediante dilatación y legrado, lo que después ocasionaba graves hemorragias. La histerectomía siempre era el tratamiento de elección para salvar la vida a la paciente.⁽⁸⁾

En la actualidad, con frecuencia se utiliza el tratamiento conservador en esta modalidad de embarazo ectópico. Por ejemplo, el empleo de metrotexate (MTX) y la embolización de las arterias uterinas, que dan como resultado la expulsión espontánea tardía del embarazo cervical.⁽⁹⁾

La primera descripción del embarazo cervical fue realizada en 1817, pero fue nombrado así en 1860. Ya en el año 1911 se establecen los primeros criterios histológicos diagnósticos:

1. Presencia de glándulas cervicales frente al sitio de implantación.
2. Íntima fijación placentaria al cuello.
3. La placenta entera o una parte de ella debe estar por debajo de la entrada de los vasos uterinos, o de la reflexión del peritoneo.
4. No debe haber elementos embrionarios en el cuerpo uterino.

Algunos autores proponen cinco criterios clínicos:⁽⁸⁾

1. Hemorragia uterina sin calambres luego de un período 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 totalmente limitado adentro y firmemente adherido al endocérvix.
4. Orificio cervical interno cerrado.
5. Orificio externo parcialmente abierto.

Actualmente, el diagnóstico temprano se realiza con una ecografía transvaginal y con la medición de los valores de la fracción β de la gonadotropina coriónica humana (β HCG).

El ultrasonido es el método ideal para su diagnóstico. El manejo del embarazo cervical está en relación estrecha con la edad gestacional, condiciones clínicas y paridad de la paciente. Con el desarrollo de modernas técnicas de diagnóstico, puede ser realizado en edades gestacionales más precoces, lo que permite la realización de un tratamiento conservador, entre estos podemos mencionar: el uso de quimioterápicos o prostaglandinas, resección histeroscópica, ligadura de las arterias hipogástricas, embolización arterial, inyección intraamniótica y cerclaje cervical. Desafortunadamente, la realización de una histerectomía es usualmente necesaria debido a una hemorragia intratable.^(10,11)

Kung y otros⁽¹²⁾ incluyeron en su revisión una lista de criterios ultrasonográficos para establecer el diagnóstico:

- Identificación del saco gestacional o de la placenta dentro del cuello uterino.
- Embarazo intrauterino inexistente o presencia de un falso saco gestacional.
- 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.

Según *Ushakov* se requieren los siguientes criterios para el diagnóstico:⁽¹³⁾

- Saco gestacional en el endocérnix.
- Presencia de una parte del canal intacto entre el saco y el OCI.
- Invasión local del tejido endocervical por el trofoblasto.
- Visualización de estructuras embrionarias o fetales en el saco gestacional ectópico y especialmente la demostración de actividad cardíaca.
- Cavity uterina vacía.
- Decidualización endometrial.
- Útero en reloj de arena.
- Observación con Doppler color del flujo arterial peritrofoblástico intracervical.

El embarazo cervical se confirma también al demostrar el "signo del deslizamiento" cuando se aplica presión suave sobre el cuello uterino con la sonda ecográfica durante la exploración transvaginal para descartar aborto en evolución con aborto retenido por un orificio cervical externo resistente.⁽¹⁴⁾

El diagnóstico se basa en criterios clínicos, ultrasonográficos y anatomopatológicos específicos.⁽¹⁵⁾

Por su interés y poca frecuencia, se decidió exponer el siguiente caso, lo que pudiera contribuir al diagnóstico temprano de otros casos similares, y con ello a reducir la morbimortalidad por esta causa.

Presentación del caso

Se realiza estudio descriptivo retrospectivo de un caso intervenido por laparotomía en el Hospital Ginecoobstétrico "Ramón González Coro" La Habana, Cuba en el mes de agosto del año 2020, por presentar un diagnóstico clínico y ultrasonográfico compatible con un embarazo ectópico cervical de 8,4 semanas de gestación.

El estudio se efectúa conforme a las reglamentaciones y principios éticos existentes para la investigación en humanos y los estudios clínicos. No fue necesario que la paciente ofreciera su consentimiento informado para realizar la investigación.

Se trata de una paciente de 40 años de edad, con antecedentes de asma bronquial sin crisis frecuentes, con historia obstétrica de 4 embarazos anteriores (2 partos eutócicos y 2 abortos provocados por legrado instrumental de cavidad), ahora con amenorrea de aproximadamente 7,5 semanas que acude a su área de salud refiriendo sangrado vaginal escaso, con *test* de embarazo positivo, donde se le realiza ultrasonido ginecológico y se interpreta el cuadro clínico como un aborto en curso, por lo cual la remiten a este hospital.

Examen físico:

- Temperatura: 36,3 °C
- Piel y mucosas: Húmedas y normocoloreadas.
- Aparato respiratorio: Murmullo vesicular conservado, sin estertores. FR 18 min.
- Aparato cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos, de buen tono. No soplos. TA: 100/60 mmHg, FC: 82 min. Buen llenado capilar.
- Abdomen: Suave, depresible, no doloroso a la palpación. No tumoraciones, no visceromegalia. Ruidos hidroaéreos presentes.
- Tacto vaginal: Útero aumentado de tamaño, no doloroso, cérvix aumentado de tamaño de consistencia blanda y orificio cervical externo permeable al

pulpejo. Anejos no tactables, ni dolorosos. Dedo de guante manchado de sangre escasa.

- Miembros inferiores: No edemas, no se detecta gradiente térmico.

Se realiza ultrasonografía transvaginal de urgencia que informa:

Útero con cavidad endometrial vacía. Hacia canal cervical se observa saco gestacional con embrión de 8 semanas, el cual se inserta en el labio posterior del cérvix. LCR 196 mm (8,4 semanas). Latido cardíaco presente.

Así se confirma el diagnóstico de un embarazo ectópico cervical, y se decide ingreso para tratamiento quirúrgico de urgencia.

Exámenes complementarios realizados:

- Test de β HCG en orina (cualitativo): Positivo
- Grupo y factor: O+
- Hematocrito: 0,32
- Hemoglobina: 10,3 g/L
- VIH: Test rápido negativo

Se realiza laparotomía exploradora, incisión tipo *Maylard* y se accede a cavidad abdominal donde se visualiza útero multinodular miomatoso, de aproximadamente 16 cm. Se realiza histerectomía total abdominal sin anexectomía por técnica de Richardson, con cúpula cerrada. Se describe un sangramiento normal durante el acto quirúrgico y luego de extraída la pieza se comprueba el embarazo cervical, encontrándose un útero con perforación en istmo cervical posterior, que se envía a Anatomía Patológica para estudio histológico (Fig. 1).



Fig. 1 - Pieza quirúrgica extraída (útero) con embarazo ectópico cervical, embrión hacia la cara posterior del canal cervical.



Fig. 2 - Útero con restos ovulares en canal cervical y embrión separado de la pieza anatómica.

Informe de Anatomía Patológica: B20:1048

Útero de 13 x 8 x 7 cm que exhibe cérvix de 5 x 6 cm, abierto, por donde protruye material ovular insertado en el tercio superior, con marcada congestión vascular y quistes de *Naboth*.

Leiomioma subseroso de 2,5 cm.

Endometrio en estrato basal.

Conclusiones: Embarazo ectópico cervical.

Discusión

El cérvix es un sitio peligroso y poco frecuente de implantación placentaria que se asocia con una alta morbilidad y mortalidad ya que el trofoblasto puede penetrar a través de la pared cervical o hacia los vasos uterinos.

Dado que un verdadero embarazo cervical es incompatible con un feto viable, la implantación anormal en general produce síntomas durante el primer trimestre.

El manejo del embarazo ectópico cervical está en relación estrecha con la edad gestacional, las condiciones clínicas y la paridad de la paciente. En la literatura se mencionan una serie de pautas terapéuticas que comprenden cerclaje cervical, taponamiento cervical mecánico, embolización arterial uterina, y uso coadyuvante de metotrexate. Estos tratamientos dan buenos resultados antes de las 8 semanas de gestación.⁽¹⁶⁾

En 1978, *Raskin* reportó el primer diagnóstico ecográfico de EEC. Desde entonces, con la ayuda de la ecografía, el diagnóstico de los embarazos ectópicos cervicales ha sido en estadios más precoces del embarazo, lo que ha permitido el uso de las diversas alternativas para el tratamiento conservador.⁽¹⁷⁾

Los requisitos para realizar un tratamiento médico conservador son pacientes hemodinámicamente estables, sin evidencia de hemoperitoneo, con función renal y hepática normales.

En pacientes que se encuentran hemodinámicamente inestables, el tratamiento de elección es quirúrgico, el cual puede ser conservador o radical.

El tratamiento quirúrgico conservador consiste en realizar un legrado evacuador obstétrico, cuya complicación principal es la hemorragia grave que puede disminuir con medidas preoperatorias: ligadura transvaginal de las ramas cervicales de la arteria uterina, embolización de la arteria uterina, cerclaje cervical mediante la técnica de *Shirodkar* o inyección intracervical de vasopresina.

El intervalo óptimo entre las medidas preoperatorias y la evacuación quirúrgica no se han establecido, pero se recomiendan intervalos de menos de 24 h.

En pacientes con deseos genésicos cumplidos e inestabilidad hemodinámica, el tratamiento recomendado es la histerectomía total.⁽¹⁸⁾

En el mundo existe un aumento de la frecuencia del EE; este representa una inhabitual y peligrosa variedad. A pesar de ser una complicación rara, siempre habrá que considerar la posibilidad de EEC en pacientes multigestas y de edad avanzada, con antecedentes de legrado uterino instrumental y cesárea previa.

Para su diagnóstico, se cuenta con criterios clínicos, ultrasonográficos y anatómopatológicos. Con el desarrollo de modernas técnicas de diagnóstico, este puede ser hecho en edades gestacionales más precoces, lo cual permitirá un tratamiento conservador. Sin embargo, la realización de una histerectomía es usualmente necesaria debido a una hemorragia intratable. La experiencia acerca de este tipo de embarazo es limitada para recomendar el tratamiento más eficaz.^(19,20)

Conclusiones

El diagnóstico precoz del embarazo ectópico cervical puede ser sospechado por los factores de riesgo presentes y el examen clínico y confirmado por la ultrasonografía vaginal.

El tratamiento dependerá de las condiciones clínicas, edad gestacional del producto y paridad de la paciente.

Referencias bibliográficas

1. Anuario Estadístico de Salud 2014. La Habana, Cuba: Ministerio de Salud Pública. Dirección de registros; 2015. [acceso 30/08/2020]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>
2. Aguilar Charara MA, Vázquez Martínez YE, Areces Delgado G, de la Fuente Aguilar M, Tamayo Lien T. Diagnóstico y manejo conservador del embarazo ectópico cervical. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012 Mar [acceso 30/08/2020];38(1):80-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000100009&lng=es.
3. Martínez Camilo RV, Pérez Martínez M, Torriente Hernández B. Embarazo ectópico cervical tratado con metrotexate: Reporte de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2000 Ago. [acceso 30/08/2020];26(2):87-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2000000200004&lng=es.
4. Estiu MC, Nemer C, Perone C, Campos-Flores J, Falgucira A, Juncas C, *et al*. Tratamiento conservador del embarazo ectópico cervical. Rev Hosp Mat Infant Ramón Sarda. 1999 [acceso 30/08/2020];18(1):36-9. Disponible en: <https://www.sarda.org.ar/images/1999/36-40.pdf>
5. Studolsford WE. Cervical pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1945 [acceso 30/08/2020];49:169-85. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=2528>
6. Parente JT, Chau-su O, Levi J, Legatt E. Cervical pregnancy analysis. Obstet Gynecol Surv. 1996 [acceso 30/08/2020];52:45-59. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0138-600X2007000100002&caller=scielo.sld.cu&lang=es>
7. Suha-Sonmez A. Cervical pregnancy. Act Obstet Gynecol Scand. 1994 [acceso 30/08/2020];73:734-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scieloOrg/php/reference.php?pid=S0138-600X2007000100002&caller=scielo.sld.cu&lang=es>

8. Starita A, Di Miscia A, Evangelista S. Cervical ectopic pregnancy: Clinical review. Clin Exp Obstet Gynecol. 2006 [acceso 30/08/2020];33:47-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin09112.pdf>
9. Einarsson JI, Michel S, Young AE. Delayed spontaneous expulsion of a cervical ectopic pregnancy: a case report. J Minim Invasive Gynecol. 2005 [acceso 30/08/2020];12:165-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15904623/>
10. Villalba Kravcio JM, Villalba Salazar MF. Embarazo ectópico cervical resistente a tratamiento médico. Reporte de caso. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2016 [acceso 30/08/2020]; 42(S4). Disponible en: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/241/187>
11. Martín Gutiérrez A, Garrido Luque B, García Martín L, Benítez Toledo L, Marañón de Leo JC. Tratamiento del embarazo ectópico cervical con metrotexate y rescate con leucovorina. Prog Obstet Ginecol. 2011 [acceso 06/02/2017];54(7):379-82. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-tratamiento-del-embarazo-ectopico-cervical-0304501311001373>
12. Kung FT, Lin H, Hsu TY. 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 [acceso 30/08/2020];81:1642-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15193489/>
13. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: Past and future. Obstet Gynecol Surv. 1997 [acceso 30/08/2020];52:45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8994238/>
14. Jurkovic D, Hackett E, Campbell S. Diagnosis and treatment of early cervical pregnancy: a review and a report of two cases treated conservatively. Ultrasound Obstet Gynecol. 1996 [acceso 30/08/2020];8:373-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9014275/>
15. Capote Arce R, Carrillo Bermúdez L, Guzmán Parrado R, Varona J, Mohamed Abdelaziz M. Embarazo ectópico cervical. Presentación de un caso. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2007 [acceso 06/02/2017];33(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X200700010002&lng=es
16. Calderón LE, Badillo GB. Embarazo ectópico cervical. Informe de un caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2003 [acceso 30/08/2020];41(6):513-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2003/im036i.pdf>

17. Troncoso R. Fernando, Cardone P. Ximena, Rondini F-D. Carlos, Troncoso R. Carlos. Embarazo ectópico cervical: diagnóstico y tratamiento conservador con cerclaje cervical. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2005 [acceso 30/08/2020];70(4):257-60. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262005000400010&lng=es <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000400010>
18. Céspedes Casas C, Sedeño Rueda S, Ramírez Gómez M, Pérez Parra C. Embarazo ectópico cervical: implantación extrauterina inusual. Apuntes de ciencia. Boletín científico del HGUCR. [acceso 07/02/2017]. Disponible en:
<http://apuntes.hgucr.es/2013/06/28/embarazo-ectopico-cervical-implantacion-extrauterina-inusual/>
19. Viera HMI, Molina PL, Tapia L. G. Embarazo ectópico cervical. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2017 [acceso 07/02/2017];43(3):125-35. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138600X2017000300012&lng=es&nrm=iso
20. Campechano-López JM, Carranza-Bernal ML, Juanico-Morales G, *et al*. Respuesta exitosa del ERI en un caso de embarazo ectópico cervical. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016 [acceso 07/02/2017];54(6):787-92. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70358>

Conflicto de intereses

Los autores no declaran tener conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Yaíma Alonso Llanes: Concepción del trabajo.

Miguel Gutiérrez Herrera, Andrés Torres Echevarría y Ernesto Duro Novoa: Revisión de la literatura.

Silvia Ferro Montes y Lilian Delgado Peruyera: Redacción parcial del documento.

Yaíma Alonso Llanes: Revisión de la versión final del documento.