

CASOS CLÍNICOS

Gestación ectópica cervical: tratamiento conservador

E. Álvarez^a, E. Borrajo^a, A. González-González^b, R. Viñán^a, S. Blanco^a, J. Liceras^a y C. Abades^a

^aServicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense.

^bMédico de Familia. Complejo Hospitalario de Ourense. Ourense. España.

ABSTRACT

Cervical pregnancy is due to the implantation of the trophoblast in the cervical canal, an area which, as it has no plexiform layer, does not contract. This makes control of bleeding difficult, and without adequate treatment this is a true obstetric emergency.

We present the clinical case of a cervical ectopic pregnancy in a nuliparous patient with no risk antecedents for this pathology. Combined systemic and intrasacral Metotrexate with ultrasound guided puncture. Doppler colour scanning and serous chorionic gonadotrophic hormone measurement were the parameters to follow up.

INTRODUCCIÓN

El embarazo cervical es una excepcional variedad de gestación ectópica, con una incidencia de 1 por cada 1.000-20.000¹ embarazos, y representa menos del 1% de las gestaciones extrauterinas. En los últimos años, con la sistematización de la ecografía transvaginal es posible establecer el diagnóstico precoz en pacientes hemodinámicamente estables y, por tanto, instaurar un tratamiento conservador a fin de preservar la fertilidad de la paciente.

CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que es remitida a nuestro servicio con el diagnóstico de gestación ectópica cervical.

Primigesta, con amenorrea de 7+1. Clínicamente presenta cuadro de sangrado genital escaso e indoloro. Grupo B Rh positivo, con bioquímica, hemograma

Figs. 1 y 2. Ecografías trans vaginales.

y coagulación dentro del rango de la normalidad. En la ecografía transvaginal (figs. 1-2) se aprecia útero en ante, regular, de 75 × 51 × 53 mm, con imagen sonolúcida, localizada centralmente en el endometrio, rodeada de un solo anillo ecogénico y sin mapa de co-

Aceptado para su publicación el 10 de noviembre de 2003.

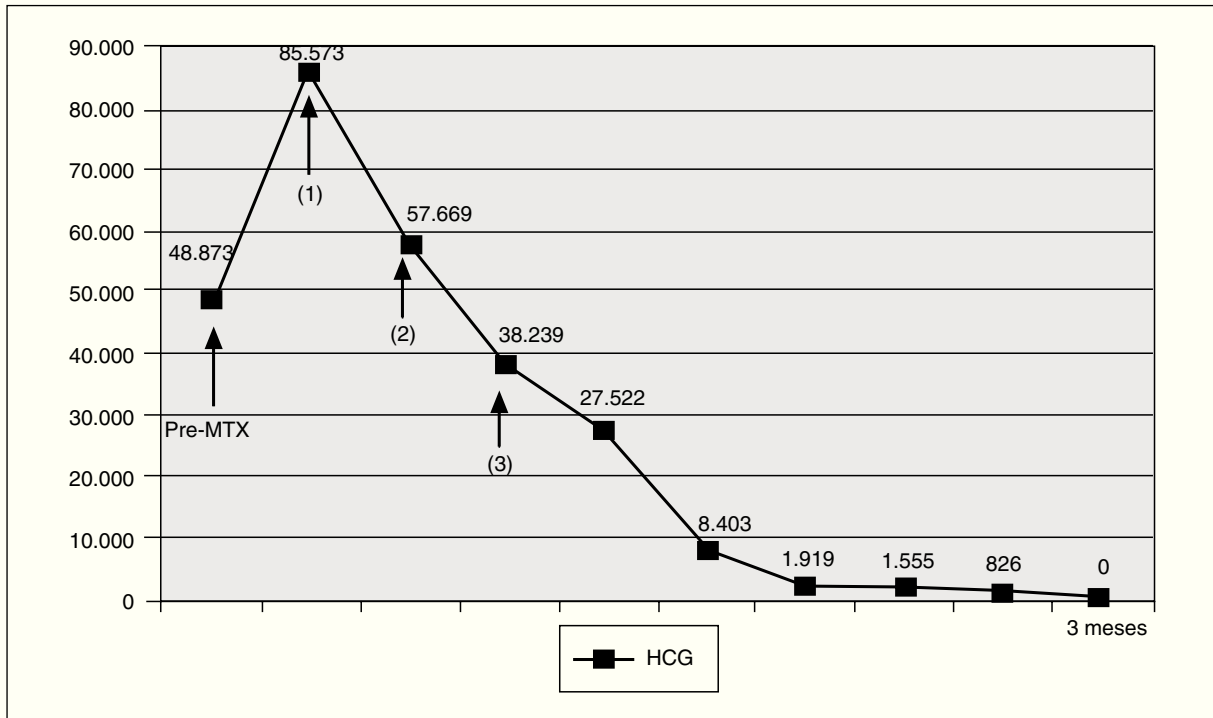


Fig. 3. Evolución de los valores de gonadotropina coriónica (HCG). 1: 12 h después de metotrexato intramuscular e intrasacul; 2: segunda dosis de metotrexato intramuscular; 3: tercera dosis de metotrexato intramuscular. MTX: metotrexato.

lor peritrofoblástico (seudosaco). En la cara posterior de cérvix uterino se observa saco gestacional con vesícula vitelina y embrión vivo, con LCC de 9 mm que corresponde a la amenorrea. Mapa de color: corona de fuego (señales vasculares positivas peritrofoblásticas) con índices de resistencia bajos (0,42). Cuerpo lúteo suficiente en ovario derecho. No hay otras masas anexiales. No hay líquido libre. Valoración diagnóstica: gestación ectópica cervical.

La determinación de gonadotropina coriónica (HCG) fue de 48.873 mU/ml, y la de progesterona, de 18,32 ng/ml.

Previo consentimiento informado, se decide tratamiento combinado con metotrexato intrasacul y sistémico. Se procede a administrar bajo control ecográfico 10 mg de metotrexato diluidos en 2 ml de suero fisiológico, previo aspirado. Tras la inyección se observa desestructuración del saco gestacional y desaparición del latido cardíaco. Se administran también 50 mg de metotrexato por vía intramuscular.

La determinación de HCG a las 24 h del tratamiento fue de 85.573 mU/ml, y la de progesterona, de 17,38 ng/ml.

Se realizan controles ecográficos y hormonales seriados (fig. 3). La ecografía a los 7 días postratamiento muestra imagen heterogénea a nivel de cérvix de 32 x 21 mm; persisten el mapa de color y los flujos de baja resistencia (0,44).

Se repite semanalmente la dosis sistémica de metotrexato (3 dosis en total).

Se programan controles hormonales y eco-Doppler seriados a la paciente. La concentración plasmática de HCG dibujó una curva decreciente, hasta que su valor llegó a cero a los 127 días del tratamiento inicial.

En el control ecográfico se pudo observar un progresivo aumento de los índices de resistencia en el peritrofoblasto, con desaparición final de la corona de fuego hacia el tercer mes de seguimiento.

La paciente estuvo asintomática durante todo el seguimiento e inició ciclos regulares a los 2 meses.

DISCUSIÓN

La etiología de la gestación ectópica cervical es desconocida, pero se han visto implicados varios factores, entre los que destacan las técnicas de reproduc-

ción asistida², que han favorecido el aumento de la incidencia de gestaciones ectópicas en localizaciones infrecuentes. Otro factor implicado es el antecedente de legrado obstétrico. Así, en la revisión realizada por Ushakov et al³ en 1997 sobre una serie de 102 gestaciones cervicales, encontró que el 70% de las pacientes tenían como antecedente el legrado previo. También se ven implicados otros factores, como las intervenciones quirúrgicas ginecológicas previas, la multiparidad, ser portadora de dispositivos intrauterinos, el síndrome de Asherman, la cesárea previa, la exposición a dietilestilbestrol, los procesos inflamatorios pélvicos o el tabaquismo.

La presentación clínica es muy variable y depende de la amenorrea al diagnóstico. Así, actualmente se pueden diagnosticar casos totalmente asintomáticos como hallazgo casual durante el estudio ecográfico obstétrico. Sin embargo, el síntoma más frecuentemente encontrado en la bibliografía médica es la hemorragia del primer trimestre, generalmente indolora. El sangrado genital suele ser de escasa cuantía, pero se describen casos de hemorragias incoercibles asociadas a mayores edades gestacionales y roturas, que determinan tratamientos quirúrgicos.

El diagnóstico se basa en el estudio ecográfico, sobre todo por vía transvaginal, con la observación de un saco gestacional con flujo peritrofoblástico o un embrión vivo dentro del cérvix uterino. Otros datos ecográficos diagnósticos son: cavidad uterina vacía o presencia de pseudosaco, cérvix dilatado con forma de «barril», elongación desproporcionada del cuerpo con respecto al cérvix, o presencia de canal endocervical intacto entre el endometrio funcional y el saco gestacional.

En el 75% de las gestaciones cervicales³ se observa gestación viable y latido cardíaco positivo, factores debidos al rico aporte sanguíneo que recibe el cuello uterino.

Otra técnica diagnóstica útil podría ser la resonancia magnética (RM), que objetiva una masa sólida con intensidad heterogénea y reforzamiento de tipo papilar que se proyecta en dirección intramural en la región cervical.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el aborto en curso, y para ello es fundamental el estudio Doppler-color, dado que el embarazo ectópico presenta flujo peritrofoblástico (corona de fuego), y no así el aborto.

Existe una amplia gama de opciones terapéuticas que comprende actitudes quirúrgicas y otras de tipo médico (conservadoras). Entre los tratamientos quirúrgicos figuran la histerectomía total (ectópicos accidentados, deseos genésicos cumplidos), el legrado evacuador, las técnicas de taponamiento cervical y la embolización de vasos pélvicos.

En una revisión realizada en 1999⁴, Kung et al refieren que antes de 1979 la histerectomía se practicaba en el 90% de los casos, mientras que en 1994 sólo se realizaba en el 22% de los ectópicos cervicales (debido al incremento del diagnóstico precoz y a la posibilidad de tratamiento conservador).

El tratamiento médico conservador se basa en el empleo de metotrexato sistémico y/o local (intrasacular ecoguiado).

Son criterios para la administración sistémica la amenorrea de menos de 12 semanas, el latido cardíaco fetal negativo, el diámetro del saco gestacional menor de 30 mm y valores de β -HCG inferiores a 10.000 mU/ml⁵. Las dosis habitualmente empleadas son 0,4mg/kg/24 h por vía intramuscular durante 4-5 días o 50-100 mg/m² en monodosis; ambas parecen tener la misma eficacia terapéutica². En pacientes bien seleccionadas la eficacia del tratamiento sistémico es elevada, y fracasan más frecuentemente los casos con embrión vivo y/o niveles de β -HCG superiores a 10.000 mU/ml^{6,7}.

Muchos autores defienden el tratamiento local con metotrexato intrasacular como eficaz y seguro. En los últimos años se encuentra en la literatura médica una tendencia a la combinación de metotrexato sistémico y local⁷⁻¹¹ intentando lograr un efecto sumatorio de ambas vías. La dosis de metotrexato para la administración intrasacular ecoguiada varía entre 10 y 25 mg diluidos en 2 ml de suero fisiológico, previa aspiración del contenido líquido sacular. Otra alternativa sería la utilización de CIK local, apoyada en la experiencia existente en los casos de reducción embrionaria.

El seguimiento se basa en la ecografía, en el Doppler-color y en los niveles séricos de HCG. La imagen ecográfica puede tardar hasta 3 meses en desaparecer, si bien disminuye progresivamente. El control evolutivo con Doppler-color se basa en la disminución del mapa de color peritrofoblástico y el aumento de los índices de resistencia en los vasos trofoblásticos e incluso en el cuerpo lúteo¹².

Los niveles séricos de β -HCG son el mejor índice para el seguimiento de la gestación ectópica cervical con tratamiento conservador. Los primeros días tras la administración de metotrexato aparece un aumento de los valores séricos, para posteriormente iniciar el descenso progresivo de los niveles en plasma. Se ha descrito la negativización entre 14 y 165 días⁵.

RESUMEN

El embarazo cervical se debe a la implantación del trofoblasto en el canal cervical, región que al carecer

de capa media plexiforme no se contrae, por lo que el control de los sangrados se dificulta y sin un tratamiento adecuado es una verdadera urgencia obstétrica.

Presentamos el caso clínico de gestación ectópica cervical en una paciente nulípara y sin antecedentes de riesgo para esta patología. Se le administró tratamiento combinado con metotrexato sistémico e intrasacular mediante punción ecoguiada. La ecografía Doppler-color y la cuantificación sérica de hormona gonadotropina coriónica fueron los parámetros valorados para su seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vilar E, Moreno JC, García-Largo MA, Peral MV, Lombardía J. Tratamiento conservador del embarazo ectópico cervical mediante administración intravesicular con metotrexato con punción ecográfica intravaginal. *Clin Inv Gin Obst* 1995;22:185-7.
2. Guntiñas A, Charines E, De Andrés P, Herrero F, Rodríguez R, González A. Embarazo heterotópico cervical: descripción de un caso. *Prog Obst Ginecol* 2001;44:346-9.
3. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv* 1997;52:45-59.
4. Kung FT, Chang SY. Efficacy of methotrexate in viable and nonviable cervical pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1438-44.
5. Tuncer R, Uygur D, Kis S, Kayin S, Bebitoglu I, Erkaya S. Inevitable hysterectomy despite conservative surgical management in advance cervical pregnancy: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;100:102-4.
6. Jung SE, Byun JY, Lee JM, Choi BG, Hahn ST. Characteristic MR findings of cervical pregnancy. *J Magn Reson Imaging* 2001;13:918-22.
7. Bai SW, Lee JS, Park JH, Kim JY, Jung KA, Kim SK, et al. Failed methotrexate treatment of cervical pregnancy. Predictive factors. *J Reprod Med* 2002;47(6):483-8.
8. Celik C, Bala A, Acar A, Gezginc K, Akyurek C. Methotrexate for cervical pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 2003;48(2):130-2.
9. Kaminopetros P, Watsan AJ, Martínez D, Rand RJ, Thornton JG. Combined systemic and intra-amniotic treatment of cervical pregnancy by methotrexate. A report of two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996;68:231-4.
10. Mitra AG, Harris-Owens M. Conservative medical management of advanced cervical ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol Surv* 2000;55:385-9.
11. Bagga R, Jain V, Kalra J, Gopalan S, Kumari S. Cervical pregnancy and therapeutic options. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:663-4.
12. Hung TH, Chiu TH, Hsu JJ, Chen KC, Hsieh CC, Hsieh TT. Sonographic evolution of a living cervical pregnancy treated with intraamniotic instillation of methotrexate. *J Ultrasound Med* 1997;16(12):843-7.