

CASOS CLÍNICOS

Tratamiento quirúrgico mediante histerectomía de un embarazo ectópico cervical

G. Bueno, E. Martínez-Gómez, A. Pascual, R. Martínez-Cabañero, C. García-Garrido, A. Tello y G. González de Merlo

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

ABSTRACT

Cervical pregnancies are a rare form of ectopic pregnancy. Diagnosis is established by ultrasound, biochemical findings and histopathology. We report the case of a patient with hemorrhage, requiring hysterectomy to control the bleeding.

Early identification of a cervical ectopic pregnancy can help to prevent significant morbidity and mortality in patients seeking emergency care.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico cervical fue definido en 1911¹ como aquella gestación en la que existe una íntima unión de la placenta al cérvix y por la presencia de glándulas cervicales en la zona de inserción placentaria.

Presenta una incidencia de 1/8.628 embarazos² y representa menos del 1% de las gestaciones ectópicas³.

Hasta no hace mucho tiempo el diagnóstico se realizaba tras la aparición de una hemorragia genital incoercible, o posterior a la realización de un legrado por aborto, que terminaba en histerectomía. Con la introducción de la ecografía transvaginal y la β -HCG podemos llegar a un diagnóstico de sospecha precoz, que nos permita optar por un tratamiento que preserve la fertilidad de la paciente y disminuya su morbimortalidad.

A pesar de las técnicas diagnósticas que existen en el momento actual, presentamos un caso clínico de embarazo ectópico cervical cuyo diagnóstico se realizó en la pieza quirúrgica tras histerectomía por hemorragia incoercible durante la realización de un legrado.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 33 años, primigesta, inmigrante y sin antecedentes de interés, que ingresó remitida desde consulta de ecografía con amenorrea de 12 semanas y una ecografía compatible con gestación no evolutiva.

En su gestación actual requirió un ingreso hospitalario por sangrado en la semana 4 + 1, se realizó control de β -HCG (4794 mU/ml y 48 h después 8.122 mU/ml) y la ecografía en el momento del alta mostraba una imagen de vesícula gestacional de 7,7 mm en el tercio medio de la cavidad.

En la exploración física al ingreso, el cérvix estaba cerrado y formado, no existía sangrado de cavidad y presentaba un útero menor que amenorrea.

Durante su ingreso se extrajo β -HCG (obteniendo resultado después del proceso de 1.053 mU/ml) y se realizó una ecografía que mostró un útero que contenía un saco gestacional, en cuyo interior se observó una formación de 28 × 22 mm, sólida, redondeada, sin estructuras fetales reconocibles y sin actividad cardíaca, que fue informada de gestación no evolutiva.

Se procedió a la maduración cervical con misoprostol (800 mg vaginales); la paciente presentó hemorragia escasa y no expulsó restos ovulares por lo que se decidió realizar un legrado evacuador. El estudio preoperatorio estaba dentro de la normalidad.

En el quirófano, se realizó una dilación cervical con tallos de Hegar sin dificultad. Se extrajeron moderados restos con pinzas de Winter y se legó la cavidad con legra mediana; se observó una irregularidad en el canal cervical. Inmediatamente se presentó una hemorragia masiva e incoercible que se intentó controlar mediante puntos paracervicales que no fueron efectivos; se dejaron taponamientos intrauterino y vaginal que fueron igualmente ineficaces. Ante el cuadro de una hemorragia incoercible, hipotensión y sospecha en quirófano de acretismo placentario o embarazo ectópico, se decidió realizar una laparotomía exploradora. Se encontraron

Aceptado para su publicación el 10 de mayo de 2007.

los siguientes hallazgos: útero aumentado de tamaño como 12 semanas, engrosamiento del tercio inferior uterino que alcanzaba y perforaba la serosa; se observó una placenta firmemente adherida y se realizó una histerectomía abdominal simple. La pieza se envió a estudio histopatológico.

El postoperatorio cursó con normalidad excepto por una anemia grave (hemoglobina 7,8) que requirió transfusión de 2 concentrados de hemáties.

La paciente acudió a revisión 1 mes después y permanecía asintomática.

En el estudio histopatológico se describió: pieza de histerectomía simple de 114 g, de $10,5 \times 5 \times 3,8$ cm. En la cara lateral izquierda del útero muestra una zona de aspecto irregular con infiltración hemática de $3 \times 1,5$ cm de diámetro. Destaca en la región ístmica cervical una zona hemorrágica que afecta a la zona lateral y cara posterior del cuello del útero en todo su espesor. La mucosa endometrial tiene un espesor medio de 0,1 cm y del miometrio es de 1,2 cm (figs. 1 y 2). Microscópicamente en la zona ístmica cervical se visualiza un saco gestacional que ocupa todo el espesor de dicha zona. Se informa como embarazo ectópico cervical.

DISCUSIÓN

Históricamente, la mortalidad materna por embarazo ectópico cervical alcanzaba tasas del 50%¹; actualmente se encuentra en menos del 5%⁴ debido fundamentalmente a la aparición de los ultrasonidos para realizar un diagnóstico precoz.

Los criterios diagnósticos ecográficos son^{5,6}:

- Localización intracervical del embarazo.
- OCI cerrado.
- Útero en forma de reloj de arena.
- Flujo peritrofoblástico intracervical.

El principal diagnóstico diferencial debe realizarse con un aborto cervical, definido como un aborto espontáneo de embarazo intrauterino detenido en el cuello por una resistencia del OCI. Para ello es útil la ecografía, ya que en un aborto nos encontraremos una cavidad endometrial con un patrón heterogéneo mixto, una masa con textura sangre y partes embrionarias, mientras que en embarazo ectópico cervical se vería un endometrio de aspecto decidualizado. En 1996 Jurkovic et al⁷ propusieron 2 criterios adicionales para el diagnóstico diferencial:

1. *The sliding sign*: el ecografista presiona la sonda vaginal contra el cérvix y se visualiza un descenso del saco gestacional, si se trata de un aborto cervical.



Fig. 1. Pieza de histerectomía. Infiltración hemorrágica en la zona ístmica cervical.

2. La utilización del Doppler color que demostraría la ausencia de flujo peritrofoblástico en el aborto.

Aun así no siempre están presentes los signos ecográficos para poder realizar un diagnóstico precoz del embarazo ectópico cervical. En nuestro caso, no cumplía ningún criterio ecográfico por lo que nos llevó a



Fig. 2. Pieza de histerectomía simple.

pensar que se trataba de una gestación interrumpida y se procedió según el protocolo de nuestro centro.

La clínica nos puede ayudar, aunque tal y como demuestran Ben et al⁸, la sintomatología no está presente en el 100% de los casos y su mayor utilidad es la aportación del estado general de la paciente para optar por un tratamiento de urgencia. El dolor abdominal está presente en 90-100%, el sangrado vaginal en el 50-80%, la amenorrea en el 75-95% y la defensa abdominal en el 80-95%.

La determinación seriada de β -HCG puede aportar datos; así, una duplicación de su valor cada 48 h habla en favor de una gestación intrauterina evolutiva y si el aumento es menor nos orienta al diagnóstico de embarazo ectópico.

Existen distintos tratamientos dependiendo del estado general de la paciente⁹, si está clínicamente estable, si la edad gestacional está por debajo de 9 semanas, con ausencia de latido cardíaco, β -HCG menos de 10.000, se opta por tratamiento médico (metotrexato sistémico), el inconveniente de esta técnica es que tarda en resolverse una media de 50 días, requiere seguimientos de β -HCG, y hasta en el 43% de los casos requiere de otro método coadyuvante.

Si la edad gestacional está entre 9-12 semanas o menos de 9, pero con latido cardíaco positivo podemos optar por la inyección intraamniótica de CLK guiado por eco, requiere experiencia y preserva la fertilidad. Por encima de 12 semanas se aconseja realizar una histerectomía.

En casos de hemorragia se puede optar por taponamientos vaginales o la utilización de una sonda de Foley, con éxitos del 60 y el 92%, respectivamente, aunque ninguna de estas técnicas es definitiva. La ligadura de arterias uterinas y arteria hipogástrica, tanto como la embolización, están descritas; ambas preservan la fertilidad pero requieren personal experto y no son de fácil disponibilidad. Actualmente existen estudios¹⁰ que aconsejan la resección cervical mediante histeroscopia utilizando previamente ligadura o embolización de los vasos para prevenir la hemorragia. Ante un cuadro de sangrado incoercible e inestabilidad hemodinámica de la paciente, como fue nuestro caso, se debe realizar una histerectomía.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de embarazo ectópico cervical es difícil, no siempre reúne los criterios ecográficos, por lo

que puede pasar inadvertido y dar lugar a tratamientos inapropiados que producen graves complicaciones, como una histerectomía en paciente con deseo de gestación.

Los tratamientos encaminados a evitar la histerectomía son complicados y no exentos de riesgo. Cuando se produce una hemorragia copiosa, como en nuestro caso, el tratamiento apropiado sigue siendo la realización de una histerectomía.

RESUMEN

Los embarazos cervicales son una rara forma de embarazo ectópico. El diagnóstico se establece por ecografía, hallazgos analíticos o en estudio histopatológico. Presentamos un caso clínico de una paciente con hemorragia genital que requirió histerectomía para control del sangrado resultando un embarazo ectópico cervical.

La pronta identificación de un embarazo ectópico cervical puede ayudar a mejorar la morbilidad y mortalidad de las pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubin C. Cervical pregnancy surg. *Gynecol Obstet.* 1911;13: 625-33.
2. Celik C, Bala A, Acar, et al. Methotrexate for cervical pregnancy. A case report. *J Reprod Med.* 2003;48:130-2.
3. Ushakov FB, Elchalal U, Acaman PJ, et al. Cervical pregnancy past and future. *Obstet Gynecol Surv.* 1997;52:45-59.
4. Parente JT, Onc-X, Levy J, Legatt E. Cervical pregnancy analysis: a review and report of five cases. *Obstet Gynecol.* 1983;62:79-82.
5. Raskin MM. Diagnosis of cervical pregnancy by ultrasound. *Am J Obst Gynecol.* 1978;130:234-5.
6. Timor Trisch IE, Monteagudo A, Mandeville EO, Peisner DB, Anaya GP, Pirrone EC. Successful management of viable cervical pregnancy by local injection of methotrexate guided by transvaginal ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170:737-9.
7. 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;8:373-80.
8. Ben WJ, Mol MD, Petra J, et al. Should patients who are suspected of having and ectopic pregnancy undergo physical examination? *Fertil Steril.* 1999;71:155-7.
9. Lawrence M, Leeman MD, Claire L, Wendland, MD. Cervical ectopic pregnancy. Diagnosis with endovaginal ultrasound examination and successful treatment with methotrexate. *Arch Fam Med.* 2000;9:72-7.
10. Kung FI, Lin H, Hsn 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; 81:1642-9.