

354 V. San Román
Y. Jubete
F. Mozo
A. Gorostiaga
T. Campelo
T. Martínez-Astorquiza

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Basurto.
Bilbao. España.

Correspondencia:

Dr. Mozo de Rosales.
Servicio de Ginecología y Obstetricia.
Área de Partos y Urgencias. Hospital de Basurto.
Avda. Montevideo, 18. 48013 Bilbao. España.
Correo electrónico: fmozo@hbas.osakidetza.net

Fecha de recepción: 10/12/02
Aceptado para su publicación: 3/6/03

Embarazo cervical: evolución del tratamiento diagnosticoterapéutico en una década

Cervical ectopic pregnancy: changes in diagnosis and management over a ten-year period

V. San Román, Y. Jubete, F. Mozo, A. Gorostiaga
T. Campelo y T. Martínez-Astorquiza. Embarazo cervical: evolución del tratamiento diagnosticoterapéutico en una década.

RESUMEN

Presentamos 2 casos de embarazo ectópico cervical en un período de 10 años. Con la introducción de la exploración ecográfica vaginal la evolución de los métodos diagnósticos ha experimentado un cambio importante en cuanto al tratamiento de estas pacientes. Con esta técnica se consigue un diagnóstico temprano y, si el estado de la paciente lo permite, un tratamiento conservador con metotrexato (intrasacular o intravenoso) mediante el que se logra conservar el útero y mantener la fertilidad posterior. Por otro lado, la utilización de la exploración ecográfica vaginal evita la histerectomía de urgencia que solía ser necesaria en la mayoría de los casos.

PALABRAS CLAVE

Embarazo cervical. Tratamiento diagnosticoterapéutico. Exploración ecográfica vaginal.

SUMMARY

We present two cases of cervical ectopic pregnancy that occurred in a 10-year period. The introduction of transvaginal ultrasonography has produced a marked change in the management of these patients by allowing early diagnosis. Conservative treatment with methotrexate, when possible, preserves the uterus and maintains fertility. Emergency hysterectomy, which used to be required in most cases, can be avoided.

KEY WORDS

Cervical ectopic pregnancy. Diagnosis and management. Transvaginal ultrasonography.

INTRODUCCIÓN

El embarazo cervical (EC) es una forma infrecuente de embarazo ectópico¹. Su incidencia oscila

entre 1/1.000 en programas de fecundación *in vitro* (FIV) y 1/10.000 en la población general. Aunque su etiología es desconocida, se ha encontrado asociación con la cirugía cervicouterina.

La práctica generalizada de la exploración ecográfica vaginal (ECOV) ha supuesto un cambio importante en el tratamiento de estas pacientes, tanto en la precocidad del diagnóstico como en la posibilidad de tratamiento ecoguiado y en el seguimiento posterior, y asociada con el uso del metotrexato permite un tratamiento conservador que mantiene la fertilidad posterior. Anteriormente el diagnóstico se basaba en la clínica, por la presencia de hemorragia incoercible en el transcurso de un legrado por aborto incompleto, que hacía necesaria la histerectomía en la mayoría de los casos, y el diagnóstico definitivo era anatómopatológico a partir de la pieza de histerectomía.

Presentamos dos casos de gestaciones cervicales diagnosticadas con 10 años de diferencia, lo que nos permite analizar las variaciones en el tratamiento.

CASO CLÍNICO

Caso 1 (1990)

Paciente de 44 años, en su cuarta gestación, sin antecedentes familiares de interés. Como antecedente obstétrico destaca una interrupción voluntaria de embarazo mediante legrado 9 meses antes.

Acude al Hospital de Basurto, en su séptima semana de gestación, por genitorragia abundante. En la exploración se observa un orificio cervical externo dilatado, cérvix engrosado, sangrado abundante mayor que una regla, tejido decidual en cérvix y cuerpo uterino marcadamente elongado (correspondiendo a una gestación de aproximadamente 12 semanas). Ante la falta de ECOV, se lleva a cabo una exploración ecográfica abdominal (ECO) en la que se observa un útero polimiomatoso de 14 cm con imagen de endometrio distorsionado y engrosado compatible con aborto incompleto.

La paciente está hemodinámicamente estable, con hemoglobina de 9,3 y un hematocrito del 28,1%, pero ante la persistencia del sangrado abundante se decide dilatación y legrado, con la sospecha de un aborto incompleto. A pesar de estos procedimientos la hemorragia persiste, por lo que se decide histerectomía abdominal total urgente. La pieza se envía

a anatomía patológica y tras su estudio se informa de gestación cervical.

Caso 2 (2000)

Paciente de 30 años, en su segunda gestación, sin antecedentes familiares de interés. Como antecedente obstétrico destaca una gestación gemelar, bicorial biamniótica, obtenida por inseminación artificial conyugal que requirió cerclaje de urgencia en la semana 22 por prolapso de bolsa amniótica en reloj de arena. La gestación evolucionó con rotura prematura de membranas a las 28 semanas realizándose una cesárea con la obtención de un feto de 800 g que vive sano y otro de 1.050 g que falleció de una sepsis por *E. coli*.

Acude al Hospital de Basurto en la séptima semana de una nueva gestación espontánea por metrorragia. En la exploración se aprecia cérvix cerrado, engrosado y con hemorragia en cantidad menor que una regla. El resto de la exploración se considera normal.

En la ECOV-ECO se objetiva un saco gestacional normal intracervical implantado por debajo del inicio de la línea endometrial, cuyo embrión presenta un CRL correspondiente a 7 semanas así como latido cardíaco; la cavidad uterina está vacía con una patente reacción decidual (fig. 1).

Sus constantes son normales en el ingreso, y el hemograma (hemoglobina: 12,7; hematocrito: 37,4%)



Figura 1. Imagen de ecografía vaginal donde se observa implantación del saco gestacional por debajo del inicio de la línea endometrial.

356 evidenció que la paciente estaba hemodinámicamente estable, por lo que se decidió tratamiento conservador con metotrexato (25 mg en 1 ml de solución fisiológica) intrasacular guiada por ECOV.

El control analítico en el día + 1 puso de manifiesto una gonadotropina coriónica (BHCG) de 33.000 U. En el día + 3 se evidenció un aumento de la BHCG de hasta 43.000 U y el resto de la analítica se mantenía normal; la paciente se encontraba hemodinámicamente estable. El día + 9 un nuevo examen ecográfico confirmó la presencia de un embrión con ausencia de latido cardíaco. La BHCG mantuvo una pauta descendente hasta alcanzar valores normales en un plazo de 30 días. La paciente estuvo asintomática en todo el proceso excepto por una metrorragia leve intermitente.

En un seguimiento posterior la paciente siguió un patrón menstrual normal y en una gestación posterior de evolución normal parió por vía vaginal un feto de 3.350 g, Apgar 9/10 y pH de cordón 7,28.

DISCUSIÓN

El EC es una enfermedad infrecuente pero de elevada morbilidad debido a la aparición de cuadros hemorrágicos. Su verdadera etiología es desconocida pero se ha encontrado el antecedente de manipulación cervical (legrado, cirugía) hasta en el 70% de los casos². Otros factores como tabaquismo, embarazo ectópico previo, anormalidades cromosómicas del embrión o FIV también parecen aumentar la incidencia de este proceso². En los dos casos que presentamos existe el antecedente de manipulación cervicouterina: dilatación y legrado en el primero y cerclaje en el segundo.

El diagnóstico de EC se basaba hasta hace unos años en datos anatomopatológicos^{2,3} a partir de una pieza de histerectomía. El caso clínico era una hemorragia incoercible en el transcurso de un legrado por sospecha de aborto incompleto.

Aunque los criterios anatomopatológicos siguen siendo válidos en la actualidad, la generalización de la ECOV ha supuesto un cambio sustancial en el diagnóstico, puesto que es posible la visualización directa del saco gestacional implantado en el cérvix². Existen una serie de datos ecográficos diagnósticos de EC: cavidad uterina vacía, placenta y saco coriónico entero por debajo del orificio cervical interno, canal

cervical dilatado y en forma de barril³, y elongación desproporcionada del cuerpo con respecto al cérvix⁴. La presencia de una parte de canal endocervical intacta entre el saco gestacional (distal) y el endometrio funcional (proximal) es un signo importante de EC².

La presencia de gestación viable y de latido cardíaco positivo, que se aprecia hasta en el 75% de los EC, es más frecuente en este tipo de embarazos ectópicos debido al rico aporte sanguíneo que recibe el cérvix². Aunque no se considera criterio diagnóstico, puede ser de gran utilidad.

Dentro de la clínica su característica más destacable es la hemorragia en cantidad variable que bien de forma espontánea o en el transcurso de un legrado puede requerir una histerectomía de urgencia hasta en un 45-80% de los casos⁴.

El diagnóstico temprano mediante ECOV y la introducción del tratamiento conservador mediante metotrexato ha conseguido una disminución importante en las necesidades de histerectomía de un 89,5% antes de 1979 a un 21,7% en 1994⁵. El tratamiento conservador se considera de elección en pacientes hemodinámicamente estables en el primer trimestre de gestación, sin enfermedad renal o hepática manifiesta³, y siempre que éstos deseen mantener la fertilidad posterior. Con este tratamiento se han conseguido tasas de éxito de hasta el 95%²⁻⁵.

La administración de metotrexato por vía sistémica produjo signos y síntomas relacionados con su administración hasta en el 30% de los casos, la mayoría autolimitados excepto en un caso, en los que aparecieron leucopenia, trombocitopenia y sepsis⁵. La administración de una única dosis de metotrexato local, que varía entre 4 y 1 mg/kg, no indujo efectos secundarios en diversas revisiones realizadas⁶, tal como sucedió en nuestro segundo caso.

La BHCG es importante para el diagnóstico y el seguimiento posterior del EC, ya que es frecuente observar un leve aumento de sus valores en los primeros días tras la administración del metotrexato, que no suele ir asociada con variaciones en la clínica. El tiempo medio de resolución tras la administración de metotrexato hasta la negativización de la BHCG oscila entre 11-165 días^{7,8}.

Los diversos estudios llevados a cabo parecen demostrar que el patrón menstrual, así como la capacidad reproductiva posterior no se ven afectados³⁻⁸, lo que se comprobó en nuestro segundo caso con una nueva gestación espontánea un año después.

BIBLIOGRAFÍA

1. González R, Andia D, Morales H. Embarazo cervical: revisión a propósito de un caso. *Acta ginecológica* 1993;50:23-6.
2. Ushakov FB, Elchalal U, Paul J, Schenker A, Schenker JG. Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv* 1996; 52:45-9.
3. Timor-Trisch IE, Monteagudo A, Mandeville EO, Peisner DB, Parra Anaya G, 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.
4. Jurkovic D, Hacket 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.
5. Kung FT, Chang SY. Efficacy of methotrexate treatment in viable and nonviable cervical pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1438-44.
6. Benson CB, Doubilet PM. Strategies for conservative treatment of cervical ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996; 8:371-2.
7. Stovall TG, Ling FW, Smith WC. Successful non surgical treatment of cervical pregnancy with methotrexate. *Fertil Steril* 1988;50:672-4.
8. Chao KH, Shju MK, Juang GT. Methotrexate treatment for cervical pregnancy: experience of four cases. *J Formos Med Assoc* 1993;92:426-30.