Embarazo ectópico cervical: diagnóstico y tratamiento

Cervical ectopic pregnancy: diagnosis and treatment

Clara Crespo Ferrer
Arantxa Jaca Navarro
Noelia Juárez Sabater
Regina Aliaga Parreño
Yousef Mahmoud Jaddou
Mariano Sanz Martínez

Servicio de Ginecología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia. España.

Correspondencia:
Dra. Clara Crespo.
Servicio de Ginecología. Hospital General Valencia.
Avda. Tres Cruces, 2. 46014 Valencia. España.
Correo electrónico: claracres@hotmail.com

Fecha de recepción: 22/10/2007.
Aceptado para su publicación: 15/1/2008.

RESUMEN

Presentamos un caso de embarazo ectópico cervical tratado con metotrexato e histerectomía abdominal.
Mujer de 43 años, con 3 cesáreas previas, diagnosticada en la séptima semana de amenorrea por ecografía transvaginal.
El embarazo ectópico cervical es una entidad poco frecuente. Su presentación habitual es una metrorragia irregular en el primer trimestre de gestación. La gonadotropina coriónica beta y la ecografía vaginal resultan fundamentales para el diagnóstico. La histerectomía es una opción terapéutica.

PALABRAS CLAVE

Embarazo ectópico cervical. Ecografía transvaginal. Metotrexato. Histerectomía.

ABSTRACT

We report a case of cervical ectopic pregnancy treated with methotrexate and abdominal hysterectomy.

A 34-year-old woman with three previous cesarean sections was diagnosed with a cervical ectopic pregnancy through transvaginal ultrasound at 7 weeks of amenorrhea.
Cervical ectopic pregnancy is an uncommon event that usually presents as irregular bleeding in the first trimester. Diagnosis is based on β-human chorionic gonadotrophin and transvaginal ultrasonography. Hysterectomy is a therapeutic option.

KEY WORDS

Cervical ectopic pregnancy. Transvaginal ultrasonography. Methotrexate. Hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico cervical, así como el que asienta sobre la cicatriz uterina de una cesárea previa, suponen un verdadero desafío clínico por su rareza, las complicaciones hemorrágicas que de ellos se derivan y los múltiples tratamientos, únicos o combinados, que se exponen en la literatura científica para su resolución.

Presentamos el caso de un embarazo ectópico cervical, en una paciente de 43 años, con 3 cesáreas

anteriores, que fue diagnosticado en la séptima semana de amenorrea por ecografía transvaginal y tratado con metotrexato sistémico e histerectomía abdominal.

La histerectomía sin anexectomía en pacientes con deseos genésicos cumplidos ha considerarse como una opción terapéutica, no sólo por solucionar el problema de una manera rápida y efectiva, sino por obviar las complicaciones derivadas de la utilización de otros tratamientos más conservadores.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años, sextigesta, con 3 cesáreas previas y 2 abortos espontáneos en los que se practicó legrado evacuador.

Acudió a nuestro servicio de urgencias en la séptima semana de amenorrea por presentar sangrado genital y molestias abdominales.

La exploración inicial con espéculo evidenció un sangrado genital moderado y el tacto bimanual un útero en anteflexión, aumentado de tamaño, de superficie regular y no doloroso a la palpación. Se practicó una ecografía transvaginal en el momento del ingreso que mostró la presencia de un saco gestacional situado en el tercio superior del canal cervical, con embrión en su interior que no presentaba actividad cardíaca. Se observó también una zona homogénea, altamente vascularizada al aplicar Doppler-color, que se identificó como el área deciduocorial (fig.1). Los anexos eran normales y no se objetivó líquido libre en el saco de Douglas.

En ese momento, la titulación de gonadotropina coriónica beta (β-HCG) fue de 52.455 mU/ml. El resto de los datos analíticos fueron normales.

La paciente ingresó en planta de hospitalización ginecológica con diagnóstico de embarazo ectópico; el diagnóstico diferencial se planteó entre embarazo ectópico cervical frente a gestación sobre cicatriz de cesárea previa. Permaneció estable hemodinámicamente en todo momento y manifestó su deseo de no tener más descendencia.

En este contexto, se informó a la paciente de las opciones terapéuticas y de las complicaciones que entrañaba su afección. La paciente autorizó el tratamiento quirúrgico radical (histerectomía total sin anexectomía) complementado con la administración

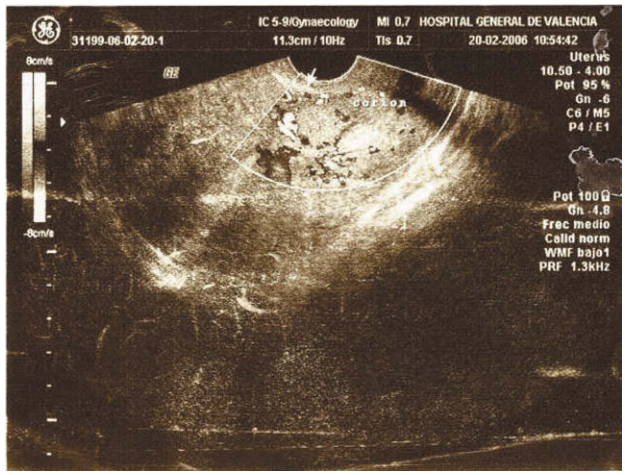

Figura 1. *Ecografía transvaginal. Área deciduocorial.*

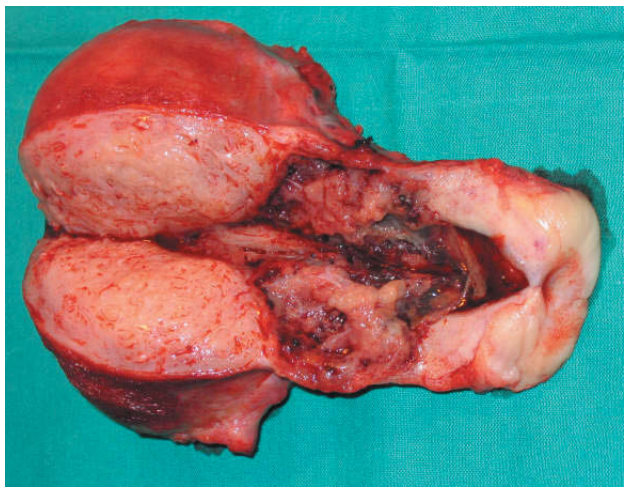

Figura 2. *Corte longitudinal sobre pieza de histerectomía. Trofoblasto en el tercio superior cervical, zona de implantación del embarazo ectópico.*

previa de una dosis de metotrexato por vía intramuscular (50 mg/m^2) para disminuir la vascularización coriónica y así evitar el riesgo de sangrado hasta el momento de la cirugía.

Los valores de β-HCG a los 4 días de la administración del fármaco fueron de 85.437 mU/ml, sin cambios evidentes en la exploración ecográfica, y de 62.754 mU/ml al séptimo día. La histerectomía abdominal se llevó a cabo al octavo día desde el ingreso.

Durante el acto quirúrgico se objetivó el útero aumentado de tamaño, blando, congestivo y de superficie violácea. En el tercio superior cervical, en su cara anterior, aparecía una zona reblandecida, de coloración violácea más intensa que parecía corresponder al lugar en el que asentaba la gestación ectópica (fig. 2). Tanto la cirugía como el postoperatorio transcurrieron sin incidencias. Se dio de alta a la paciente con valores de hemoglobina de 8,4 g/dl y hematocrito del 25,4%, sin sintomatología anémica y con ferroterapia domiciliaria.

El estudio anatomopatológico informó de la presencia de vellosidades coriales, tejido embrionario y trofoblasto en endocérvix, con sitio de implantación en su tercio superior, correspondiendo a embarazo ectópico cervical. Tras la realización de estudio inmunohistoquímico se amplió el diagnóstico a embarazo ectópico cervical con implantación tipo áccreta.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico cervical y el embarazo que asienta sobre la cicatriz de una cesárea previa son 2 formas raras de gestación ectópica con una alta tasa de morbimortalidad debido a la aparición, fundamentalmente, de cuadros hemorrágicos. La mortalidad depende básicamente del momento en que se diagnostique y del tipo de tratamiento que pueda realizarse[1].

Si bien su etiología se desconoce, se ha encontrado el antecedente de manipulación cervical (legrados, cirugía…) hasta en el 70% de los casos[2]. La existencia de una cicatriz de cesárea previa también aumenta el riesgo de embarazo ectópico en esa zona[3]. Otros factores, como el tabaquismo, el embarazo ectópico previo, el uso de DIU o técnicas de reproducción asistida (FIV), parecen también aumentar la incidencia de este proceso.

La expresión clínica más frecuente es la metrorragia indolora del primer trimestre[1]. La cantidad del sangrado es variable, desde formas leves hasta hemorragias profusas espontáneas o en el transcurso de un legrado, que pueden llegar a requerir la realización de una histerectomía de urgencia[2].

El diagnóstico actualmente se basa en la ecografía transvaginal, que nos permite hacer un diagnóstico seguro (visualización directa del saco gestacional implantado en el cérvix) y temprano[4]. La dificultad puede surgir, cuando existe el antecedente de cirugía uterina previa, en discernir si se trata de una gestación ectópica cervical o si el embarazo asienta sobre la cicatriz de la cesárea anterior. Dos signos nos ayudan a diferenciar estas dos entidades: la situación del saco con respecto al orificio cervical interno y las características del miometrio. En el embarazo ectópico cervical, la placenta y el saco coriónico se sitúan enteros por debajo del orificio cervical interno y el miometrio no se ve apenas modificado. En el embarazo ectópico sobre cicatriz de una cesárea anterior, el saco gestacional está localizado anterior al nivel del orificio cervical interno, ocupando parte del segmento uterino y el miometrio está adelgazado o incluso ausente[2,3]. No obstante, estas diferencias no son siempre suficientes, ya que en multitud de ocasiones el embarazo cervical se asocia a acretismo placentario debido a la tendencia que tiene el trofoblasto de invadir el tejido subyacente; este acretismo es más frecuente en los úteros sometidos a traumatismos quirúrgicos, porque es más fácil la invasión trofoblástica en las pequeñas dehiscencias miometriales derivadas de la cirugía. Además, el número de cesáreas previas aumenta el riesgo de gestación ectópica a este nivel, dado que la creciente fibrosis de la zona, junto con la deficiente vascularización, dificulta la reparación completa de la herida quirúrgica[3]. El examen con Doppler-color nos mostrará en los 2 casos una rica vascularización coriónica, con vasos de baja resistencia y alta velocidad de flujo.

Una técnica complementaria para la localización del embarazo ectópico es la resonancia magnética, que nos permite evaluar también el estado de la cicatriz uterina[1,3,5].

No obstante, y aunque la ecografía ha supuesto un gran avance, el diagnóstico de certeza será siempre el estudio anatomopatológico[1,2].

Existen múltiples modalidades terapéuticas para el abordaje de esta afección descritas en la bibliografía. El tratamiento quirúrgico comprende diversas técnicas de taponamiento cervical: el legrado evacuador[6], la aspiración ecoguiada[7], la resección de la zona donde asienta el ectópico, la embolización de las arterias uterinas[8,9] y la histerectomía[8]. También se describen la inyección intraamniótica de ClK, glucosa hiperosmolar o metotrexato, y la utilización de prostaglandinas o sustancias vasoactivas[3,10,11] para disminuir la incidencia de hemorragias graves.

De todas las opciones, el tratamiento médico con metotrexato fue la más empleada, ya sea por vía sistémica (intramuscular) o local. Existen 2 pautas para la administración de metotrexato sistémico: 1 mg/kg/día o bien una dosis de 50 mg/m^2 [12]. La segunda pauta es la más utilizada, por su mayor comodidad y menor incidencia de efectos secundarios.

Para el tratamiento local se utiliza una dosis de 25-50 mg. Para evitar fracasos en el tratamiento, muchos autores optan por la combinación de ambas vías de administración, suponiendo un efecto sumatorio de las dos, no demostrado[1].

Los fracasos en el tratamiento con metotrexato se producen fundamentalmente con saco gestacional ectópico o masa > 3-4 cm, presencia de actividad cardíaca embrionaria, líquido en el fondo de saco retrouterino o cifras elevadas de β-HCG sérica (> 10.000 mU/ml)[12]. En nuestro caso, a pesar de la estabilidad hemodinámica, la ausencia de sintomatología y la actividad cardíaca embrionaria negativa, el tratamiento único con metotrexato no era viable, dada la elevada concentración de β-HCG sérica que presentaba nuestra paciente, ya que este factor es el más determinante en el fracaso del tratamiento[1].

La combinación de diferentes opciones terapéuticas, tanto médicas como quirúrgicas, es frecuente en la literatura científica consultada. Esto pone de manifiesto la inexistencia de un tratamiento idóneo en todos los casos o una respuesta igual en todas las pacientes[3]. Además, es importante individualizar el tratamiento según los deseos de fertilidad posterior que la paciente tenga. En nuestro caso, en una paciente con deseos genésicos cumplidos y una cifra muy elevada de β-HCG, la histerectomía sin anexectomía combinada con la administración previa de metotrexato intramuscular para disminuir la vascularización del trofoblasto fue la opción elegida para evitar posibles complicaciones y fracasos derivados de un tratamiento conservador.

BIBLIOGRAFÍA

1. León Luis JA, Granados Lastras MA, Viñuela Benéitez MC, Aguarón de la Cruz A, Pérez-Fernández-Pacheco R, García Albertos F, et al. Embarazo ectópico cervical: tratamiento combinado con metotrexato sistémico e intrasacular. Prog Obstet Ginecol. 2002;45:444-7.
2. San Román V, Jubete Y, Mozo F, Gorostiaga A, Campelo T, Martínez-Astorquiza T. Embarazo cervical: evolución del tratamiento diagnostico-terapéutico en una década. Prog Obstet Ginecol. 2003;46:354-7.
3. Escribano D, Gallego M, Galindo A, Palomo ML, Alonso J, De la Fuente P. Gestación ectópica sobre cicatriz de cesárea anterior: caso clínico y revisión de la literatura. Prog Obstet Ginecol. 2004;47:393-9.
4. Starita A, Di Miscia A, Evangelista S, Donadio F, Starita A. Cervical ectopic pregnancy: clinical review. ClinExp Obstet Gynecol. 2006;33:47-9.
5. Ozawa N, Takamatsu K, Fujii E, Saito H. Pregnancy implanted in the fibromuscular layer of the cervix: a case report. J Reprod Med. 2006;51:325-8.
6. Grimbizis G, Chatzigeorgiou K, Tsalikis T, Athanasiadis A, Theodoridis T, Bontis JN. Evacuation of the cervix after methotrexate administration in the treatment of cervical pregnancy: five cases. Reprod Biomed Online. 2006;12:487-92.
7. Cepni I, Ocal P, Erkan S, Erzik B. Conservative treatment of cervical ectopic pregnancy with transvaginal ultrasound-guided aspiration and single-dose methotrexate. Fertil Steril. 2004;81:1130-2.
8. Starita A, Di Miscia A, Labi FL, Donadio F, Starita A. Cervical Pregnancy: a case report. Clin Exp Obstet Gynecol. 2006;33:63-4.
9. Gun M, Mavrogiorgis M. Cervical ectopic pregnancy: a case report and literature review. Ultrasound Obstet Gynecol. 2002;19:297-301.
10. Mesogitis S, Pilalis A, Daskalakis G, Papantoniou N, Antsaklis A. Management of early viable cervical pregnancy. BJOG. 2005;112:409-11.
11. DaCosta V, Wynter S, Frederick J, Wynter H, Fletcher H. Cervical pregnancy. Case report and literature review. West Indian Med J. 2002;51:257-9.
12. Speroff L, Friz MA. Embarazo ectópico. En: Endocrinología ginecológica clínica y esterilidad. 2.ª ed. en español. Madrid: Wollers Kluwer Health España SA; 2006. p. 1275-302.