

## Embarazo ectópico cervical: Reporte de caso clínico

### Ectopic cervical pregnancy: A clinical case report

**Carlos Fabricio Intriago Cedeño\*, Andrea Monserrate Murillo Mera, Nelson Efrén Campoverde Mejía**

Hospital General del Instituto de Ecuatoriano de Seguridad Social Portoviejo, Ecuador.

\*fab.intriagno@gmail.com

Caso clínico

Recibido: 23-10-2018

Aceptado: 08-01-2019

#### Resumen

Los embarazos ectópicos constituyen la emergencia más peligrosa de la gestación en sus primeras etapas. Las presentaciones cervicales comprenden una subcategoría del embarazo ectópico, de naturaleza sumamente infrecuente, con una incidencia del 0,1% de casos, la implantación ocurre en el cérvix en lugar del útero y al ser un sitio de proximidad con las arterias uterinas, la invasión del trofoblasto al cérvix lo convierte en un embarazo ectópico de alto riesgo de compromiso hemodinámico. Se describe el caso de una paciente de 40 años de edad que debuta con cuadro clínico caracterizado por dolor en hipogastrio y fosas iliacas derecha e izquierda, acompañado por amenorrea y sangrado transvaginal, se realizó ecografía transvaginal que muestra la cavidad uterina vacía y una implantación anómala en el cérvix. Se comprobaron los criterios ecográficos de Ushakov, se ratificó la importancia clínica y diagnóstica urgente en esta patología y se instauró el tratamiento conservador quirúrgico de carácter controversial mediante el legrado uterino.

**Palabras clave:** cérvix, implantación, extrauterino, hemorragia, Ushakov

#### Abstract

Ectopic pregnancies constitute the most dangerous gestation emergency in its early stages. The cervical presentations include a subcategory of ectopic pregnancy, of a very rare nature, with an incidence of 0.1% of cases, implantation occurs in the cervix instead of the uterus and being a site of proximity to the uterine arteries, the invasion of the trophoblast to the cervix makes it an ectopic pregnancy with a high risk of hemodynamic compromise. We describe the case of a 40 years old patient who debuts with a clinical characterized by pain in hypogastrium and right and left iliac fossae, accompanied by amenorrhea and transvaginal bleeding, transvaginal ultrasound was performed showing the empty uterine cavity and an abnormal implantation in the cervix. The ultrasound criteria of Ushakov were checked, the clinical importance and urgent diagnosis in this pathology were ratified, and conservative surgical treatment of controversial character was established through uterine curettage.

**Keywords:** cervix, implantation, extrauterine, hemorrhage, Ushakov

## Introducción

La frecuencia de los embarazos ectópicos es relativamente usual; se establecen dentro de las emergencias más riesgosas del embarazo dentro de sus primeros periodos<sup>1</sup>. Su incidencia es de aproximadamente el 2 % de las mujeres embarazadas<sup>1,2</sup>. En el embarazo ectópico, el lugar de implantación del blastocito es distinto a la cavidad uterina normal<sup>3</sup>, expresándose clínicamente entre las 6 y 16 semanas de gestación<sup>1</sup>.

Los embarazos de localización cervical están considerados dentro de los embarazos ectópicos, son raros y excepcionales. Wang y cols.,<sup>4</sup> manifestaron que la incidencia de los embarazos ectópicos cervicales representa el 0,1 % de los embarazos ectópicos. El primer hallazgo del embarazo cervical fue en 1817, pero fue hasta 1860 que fue denominado así<sup>5</sup>. El primer caso diagnosticado por ultrasonido y reportado en la literatura médica científica ocurrió en el año de 1978. Hasta la actualidad han sido descritos pocos casos<sup>6</sup>.

La implantación en el embarazo ectópico cervical es en el cérvix; este no es un sitio apto tanto anatómica como fisiológicamente para llevar a cabo el proceso de gestación, por lo que existe un alto índice de riesgo y compromiso hemodinámico. Esta situación también puede simular un proceso neoplásico por su friabilidad y vascularidad aumentada<sup>7</sup>.

Las manifestaciones clínicas del embarazo cervical debutan con dolor, amenorrea y sangrado transvaginal, del cual su naturaleza depende de la localización y relación a la altura del canal cervical, a la realización del examen ginecológico, respecto al tacto vaginal se identifica cuello aumentado de tamaño y blando, a la especuloscopia se visualiza si la implantación es baja, demostrando la existencia del saco o restos placentarios. Es importante diferenciar que, a mayor altura de implantación, la sintomatología es más relevante debido a que el riesgo con los vasos sanguíneos es importante<sup>8</sup>.

El embarazo cervical es una entidad poco común que conlleva serias complicaciones al no ser diagnosticada a tiempo, por lo que es importante conocer las características tanto clínicas como ecográficas. Se presenta un caso clínico de una paciente con diagnóstico de embarazo ectópico cervical que describió una evolución satisfactoria al otorgarle un tratamiento resolutivo y oportuno pero controversial, ya que no existen guías de abordaje definidas para el manejo de esta patología.

## Presentación del caso

Paciente de 40 años de edad, tipo sanguíneo ORh+. No refiere antecedentes personales. Antecedentes quirúrgicos de dos cesáreas anteriores. Antecedentes gineco-obstétricos: gestas 2, partos 0, abortos 0, cesáreas 2, con fecha de última menstruación (FUM) 01-08-2018, menarquia y telarquia a los 12 años, ciclos menstruales regulares cada 28 días de duración 5 días, no utiliza método de planificación familiar, sin historial de enfermedades de transmisión sexual, inició actividad sexual a los 19 años. No refirió antecedentes familiares, ni alergias, ni hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas). La paciente se presentó al área de urgencia gineco-obstétrica del Hospital General del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Portoviejo, por cuadro clínico de aproximadamente 2 días de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en hipogastrio que se irradia a fosa iliaca derecha e izquierda de intensidad leve-moderada, acompañado de sangrado transvaginal de escasa cantidad sin coágulos, no fétido y periodo de amenorrea de 5,6 semanas por FUM. Se realizó examen físico, paciente orientada y consciente, signos vitales dentro de parámetros normales, llamó la atención la región del abdomen, dolorosa a la palpación profunda en hipogastrio y en ambas fosas iliacas, se realizó especuloscopia que reveló sangrado transvaginal de escasa cantidad, no fétido, cuello cerrado; exámenes de laboratorio indicaron  $\beta$ -hCG de 21.400 mIU/mL.

Se procedió a realizar ecografía ginecológica transvaginal, la cual reportó útero de forma normal, de contornos regulares y de ecogenicidad homogénea, útero en anteversión, gestante y de dimensiones dentro de los límites normales, diámetro longitudinal de 87 mm por diámetro anteroposterior de 44 mm por diámetro transversal de 54 mm, no se observaron masas uterinas, endometrio de 11 mm de espesor y de ecorrefringencia normal, cavidad uterina libre y vacía. Se observó a nivel del conducto endocervical, presencia de una imagen de forma ovoidea y de aspecto anecogénico que corresponde a un saco gestacional de morfología normal, de 12 mm de diámetro medio (Figura 1); correspondiente a una gestación de 6 semanas y 2 días, en cuyo interior se evidenció la presencia de una vesícula vitelina y un embrión de 2 mm de longitud embrionaria máxima que corresponde a una gestación de 5 semanas y 6 días; se identificó actividad cardíaca embrionaria de 88 latidos por minuto.



Figura 1. Ecografía obstétrica transvaginal de corte coronal.

En la Figura 2 se observa circundando al saco gestacional, formación corial que al *Doppler* color muestra flujo vascular periférico (trofoblasto activo). La imagen ecográfica es sugestiva de corresponder a un embarazo ectópico cervical (Figura 3); ovarios de forma y dimensiones normales, de contornos regulares y ecogenicidad homogénea, no se observó la presencia de colecciones inflamatorias pélvicas, ni masas anexiales sólidas o quísticas, vejiga urinaria de forma y dimensiones normales, de contornos regulares y aspecto simétrico, espesor de paredes vesicales de 3 mm, no se observaron masas intravesicales ni imágenes litiásicas. Se estableció el diagnóstico de embarazo ectópico cervical. Se administró misoprostol 400 µg sublingual y se preparó a la paciente para cirugía y se mantuvo en observación con infusión intravenosa de cloruro de sodio 0,9 % a 120 mL/h y se administró ampicilina 2 g intravenoso inicialmente y luego 1 g cada 6 horas. Los exámenes de laboratorio estuvieron dentro de los parámetros normales, por lo que se procedió al pase a quirófano para legrado instrumental uterino que culminó sin complicaciones.



Figura 2. Eco *Doppler* flujo vascular periférico.



Figura 3. Ecografía transvaginal de corte sagital.

### Aspectos éticos

Para la realización de esta investigación se obtuvo aprobación por parte de un comité de bioética, aprobación de la paciente y firma de consentimiento informado.

## Discusión

El embarazo cervical es una forma rara de gestación ectópica donde el embrión se implanta en el canal endocervical. Se describió a una paciente con periodo de amenorrea de 5,6 semanas por FUM, dolor en hipogastrio de leve a moderada intensidad que se irradia a fosa iliaca derecha e izquierda, acompañado de sangrado transvaginal escaso sin coágulos. El antecedente quirúrgico de dos cesáreas, es un factor de riesgo que pudo estar relacionado a la gestación ectópica de la paciente.

De acuerdo con Studdiford, de la Universidad de Columbia, en 1945, el embarazo ectópico cervical no solo era considerado una condición muy rara, sino inexistente, reportada en una sola ocasión en la literatura escrita médico-científica del siglo XX<sup>9</sup>. La incidencia de los embarazos ectópicos cervicales es de aproximadamente 1 en 2500 a 1 en 98000 embarazos a nivel mundial. En el continente americano, esta incidencia tuvo un ligero aumento a 4,5 por 1000 embarazos confirmados, probablemente por el aumento de las enfermedades de transmisión sexual, inflamación pélvica y métodos de reproducción asistida. En el Ecuador, actualmente no existen estudios de la incidencia de implantación cervical, aunque según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), los embarazos ectópicos de manera general, se encuentran entre las diez primeras causas de muerte materna<sup>10</sup>.

En el ámbito nacional, se llevó a cabo un estudio de los factores de riesgo predisponentes para embarazo ectópico en pacientes del Hospital "Matilde Hidalgo de Procel", en el periodo 2013-2015; revelando que los embarazos ectópicos se presentan con mayor incidencia en la segunda década de la vida, probablemente originado porque en la sociedad, la pirámide poblacional está compuesta por personas jóvenes y con características en común de inicio de la vida sexual activa precoz y, por ende, embarazos en mujeres adolescentes y jóvenes<sup>11</sup>.

Los criterios anatomopatológicos del caso descrito, tales como las glándulas cervicales, están en oposición a la inserción placentaria, la inserción placentaria en el cérvix se ubica por debajo de los vasos uterinos, o por debajo de la angulación peritoneal de la superficie anterior y posterior del útero, no presenta elementos fetales en la cavidad uterina, lo cual coincide con lo reportado<sup>12</sup>. Por otra parte, existen criterios clínicos para valorar una hemorragia uterina luego de un periodo de amenorrea, entre las que se pueden mencionar un cérvix blando y agrandado, cuyo tamaño es igual o mayor que el fondo del útero, producto de la concepción totalmente limitado adentro y firmemente adherido al endocérvix, orificio cervical interno cerrado y orificio externo parcialmente abierto<sup>13</sup>.

Además, para el correcto diagnóstico de esta patología existen los criterios de Ushakov de clasificación ultrasonográfica de embarazo cervical: saco gestacional en el endocérvix (Figura 1), 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 (Figura 2), cavidad uterina vacía, decidualización endometrial, útero en reloj de arena, observación con *Doppler* color del flujo arterial peritrofoblastico intracervical<sup>7</sup>. En el caso descrito, se cumplen varios de ellos. La ecografía resultó ser la herramienta diagnóstica eficaz.

La evolución de la paciente en la sala de recuperación posterior al procedimiento quirúrgico fue favorable y a las 4 horas fue enviada a casa con tratamiento analgésico y antiinflamatorio ambulatorio; sin embargo, se pudo estandarizar el seguimiento implementando una ecografía de control posterior a la conducta quirúrgica para descartar la existencia de restos en canal endocervical.

Estudios indican que, en caso de hemorragia, también se pueden usar técnicas de cerclaje cervical tipo Mc Donald o tipo Shirodkar, para evitar la histerectomía, preservar la fertilidad, y disminuir el periodo de hospitalización<sup>14,15</sup>. Lo demuestra el caso presentado por Llano y col.,<sup>16</sup> de una mujer de 32 años en la semana 7+4 de embarazo, en la que se objetiva un saco gestacional ístmico vascularizado. Se estableció el diagnóstico de embarazo ectópico cervical y se realizó un cerclaje por metrorragia. Otros autores indicaron que el tratamiento médico con metotrexate fue eficaz en pacientes estables hemodinámicamente<sup>8</sup>, como el caso presentado por Valladares y col.,<sup>3</sup> de una paciente de 23 años de edad con historia de sangrado transvaginal de un día de evolución, de escasa cantidad, sin coágulos y acompañado de dolor tipo cólico de igual evolución. Con prueba de  $\beta$ -hCG en orina positiva, se realizó ultrasonido para comprobar embarazo ectópico de implantación endocervical. Al confirmar el diagnóstico y asegurarse que la paciente no sufriría riesgo, se dio tratamiento médico conservador con metotrexate.

El tratamiento de elección para el embarazo ectópico cervical es el quirúrgico, con el cual se procedió en el caso descrito, a través del legrado instrumental uterino, en caso de hemorragias y complicaciones se procede a ligar las arterias hipogástricas y uterinas o realizar una histerectomía radical<sup>15</sup>. Un caso similar de embarazo ectópico cervical suscitado en Ecuador, en la ciudad de Ambato, tuvo como desenlace este último procedimiento, en el cual realizaron histerectomía abdominal total por inestabilidad hemodinámica de la paciente<sup>10</sup>. De forma similar, Ramírez y col.,<sup>17</sup> en Perú, reportaron el caso de una paciente de 45 años con historial de tratamiento para infertilidad mediante técnicas de reproducción asistida, con un embarazo gemelar, uno de los sacos gestacionales de localización endocervical; posteriormente, también con inestabilidad hemodinámica por hemorragia, se realizó una histerectomía electiva por la condición etaria avanzada de la paciente.

Si existe estabilidad hemodinámica en la paciente, es joven y se desea preservar la fertilidad, el tratamiento médico más aceptado en la actualidad es el metotrexate. Esta modalidad terapéutica se ha descrito tanto para el tratamiento médico del embarazo ectópico tubarico no complicado, como para el embarazo ectópico cervical y el persistente<sup>5</sup>.

## Conclusiones

El caso descrito no solo es importante en la literatura médico-científica por su escasa incidencia, sino también por el tratamiento empleado, siendo controversial, debido a que no existe un protocolo para su manejo y resolución en Ecuador. La herramienta diagnóstica más valiosa es la ecografía transvaginal por medio de la cual se deben comprobar los criterios de Ushakov. El embarazo ectópico cervical continúa siendo un gran reto para el médico general, especialistas en gineco-obstetricia y profesionales a cargo de los estudios complementarios para el diagnóstico, por lo que es fundamental tener el conocimiento y en consideración la presencia de este tipo de embarazo.

## Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

## Referencias bibliográficas

1. Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. CMAJ [Internet]. 2005;173(8):905–12. Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16217116>
2. Hebertson RM, Storey ND. Ectopic pregnancy. Crit Care Clin [Internet]. 1991;7(4):899–915. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19625718>
3. Valladares B, Castillo J, Valladares M, Medina D, Solórzano S y Pérez O. Embarazo cervical: Reporte de Caso, revision bibliografica. Arch Med [Internet]. 2016;12:1–5. Disponible en:

<http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/embarazo-cervical-reporte-de-caso-revision-bibliografica.pdf>

4. Wang Y, Xu B, Dai S, Zhang Y, Duan Y, Sun C. An efficient conservative treatment modality for cervical pregnancy: Angiographic uterine artery embolization followed by immediate curettage. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2011;204(1):31.e1-31.e7. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2010.08.048>

5. Tamayo TG, Couret MP, Garcia I, Olazabal J. Embarazo cervical: un reto para el ginecobstetra cubano. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2015;41(3):241–51. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n3/gin06315.pdf>

6. Raskin M. Diagnosis of cervical pregnancy by ultrasound: A case report A new approach to the management of immunologic thrombocytopenic purpura in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 1978;130(2):234–5. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378\(78\)90377-0](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9378(78)90377-0)

7. Aguilar M, Charara A, Vázquez YE. Diagnóstico y manejo conservador del embarazo ectópico. *Rev Cuba Ginecol y Obstet* [Internet]. 2012;38(1):80–5. Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n1/gin09112.pdf>

8. Tania D, Tamayo G, Martha D, Couret P, Iraimís D, Sánchez G. Comportamiento del embarazo cervical en el Hospital Ginecobstétrico Docente " Ramón González Coro " Behavior of Cervical Pregnancy at Ramón González Coro Gynecobstetric Teaching Hospital. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2015;41(2):112–25. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v41n2/gin03215.pdf>

9. Martínez D, Rodolfo A, Carlos A, Castro F De, García CA. Embarazo ectópico cervical: diagnóstico preciso y enfoque de manejo médico. Reporte de caso. 2018;59. Disponible en:

[https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-1\(2018-I\)/231054404011/231054404011visorjats.pdf](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UMED/59-1(2018-I)/231054404011/231054404011visorjats.pdf)

10. Borja Cepeda PV. Histerectomía abdominal total por embarazo ectópico cervical. 2018; Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/27949?mode=full>

11. Orellana J. Embarazo ectópico complicaciones y factores de riesgo estudio a realizar en pacientes del hospital Matilde hidalgo de Procel año 2013 - 2015. 2016;2015–6. Disponible en:

[http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18577/1/EMBARAZO\\_ECTOPICO\\_COMPLICACIONES\\_Y\\_FACTORES\\_DE\\_RIESGO.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/18577/1/EMBARAZO_ECTOPICO_COMPLICACIONES_Y_FACTORES_DE_RIESGO.pdf)

12. Leeman L. Cervical ectopic pregnancy. Diagnosis with endovaginal ultrasound examination and successful treatment with methotrexate. *Arch Fam Med*. 2000;9(1):72–7.

13. Capote R, Carrillo L, Guzmán R, Verona J y Mohamed M. Embarazo ectópico cervical. Presentación de un caso. *Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2007;33(1):3–6.

14. Ophir E, Singer-Jordan J, Oettinger M, Odeh M, Tendler R, Feldman Y, et al. Uterine artery embolization for management of interstitial twin ectopic pregnancy: Case report. *Hum Reprod* [Internet]. 2004;19(8):1774–7. Disponible en:

<https://academic.oup.com/humrep/article/19/8/1774/2356290>

15. Dilbaz S, Atasay B, Bilgic S, Caliskan E, Oral S, Haberal A. A case of conservative management of cervical pregnancy using selective angiographic embolization. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2001;80(1):87–9. Disponible en:

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1034/j.1600-0412.2001.800118.x>

16. Arozamena B, Muñoz A, Merino I. Casos Clínicos Caso clínico: embarazo ectópico cervical, presentación de un caso. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017;82(6):610–3. Disponible en:

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n6/0048-766X-rchog-82-06-0610.pdf>