Caso clínico
Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (2): 187-190.

https://doi.org/10.24245/gom.v90i2.5687

Tratamiento conservador en una paciente con embarazo ectópico cervical

Conservative management in a patient with cervical ectopic pregnancy.

María Clara Espinosa-González,[1] Rafael Guillermo Álvarez-Domínguez[2]

Resumen

ANTECEDENTES: Las manifestaciones clínicas del embarazo ectópico son variables y pueden relacionarse con factores congénitos, edad de la paciente, embarazos ectópicos previos, entre otros.

OBJETIVO: Reportar el caso de una paciente con embarazo ectópico cervical que recibió tratamiento médico conservador.

CASO CLÍNICO: Paciente de 32 años, nulípara, que acudió a consulta por sangrado vaginal y dolor en el hipogastrio, de tres horas de evolución. El examen físico reportó: presión arterial de 80-40 mmHg, frecuencia cardiaca de 100 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, Glasgow 15-15; palidez mucocutánea generalizada y criodiaforesis. El hemograma informó: hemoglobina de 7.3 mg/dL; hematocrito de 22.6; leucocitos: 15,000 neutrófilos: 90%; plaquetas: 255,000; hemoclasificación: AB+, prueba de embarazo positiva, y ecografía transvaginal con impresión diagnóstica de masa en la región cervical, compatible con embarazo cervical vs miomatosis uterina. Con la sospecha ecográfica de embarazo ectópico, se solicitó la determinación de la subunidad beta de gonadotropina coriónica humana (β-hCG), titulando en 18.273 mUI/mL, por lo que requirió trasfusión de dos unidades de hemoderivados, debido a la concentración de hemoglobina, optimizando sus cifras en 9.6 mg/dL, con signos vitales estables y disminución del sangrado vaginal. Se estableció el diagnóstico de embarazo ectópico cervical. Se inició tratamiento con ácido tranexámico. La hemoglobina estuvo en los límites de referencia. La paciente tuvo evolución satisfactoria, con disminución del sangrado, por lo que se mantuvo el tratamiento conservador.

CONCLUSIÓN: El tratamiento conservador es un protocolo efectivo en el seguimiento y control de pacientes con embarazo ectópico, pues reduce el riesgo de mortalidad e histerectomía, después de establecer el diagnóstico oportuno, con anamnesis, ecografías y concentraciones de β-hCG por sospecha diagnóstica.

PALABRAS CLAVE: Embarazo ectópico cervical; tratamiento conservador; subunidad beta de gonadotropina coriónica humana; miomatosis uterina; ácido tranexámico.

Abstract

BACKGROUND: The clinical manifestations of ectopic pregnancies are variable and may be related to congenital factors, the age of the patient, previous ectopic pregnancies, among others.

OBJECTIVE: To report the case of a cervical ectopic pregnancy that received successful conservative medical treatment.

CLINICAL CASE: A 32-year-old patient, nulliparous, who came to the clinic due to vaginal bleeding and pain in the hypogastrium, of three hours of evolution. Physical examination reported: blood pressure 80-40 mmHg, heart rate 100 beats per minute, respiratory rate 22 breaths per minute, Glasgow 15-15; generalized mucocutaneous pal-

[1] Médico general, Clínica Zayma de Montería, Colombia.
[2] Especialista en Ginecología y Obstetricia.

Recibido: abril 2021

Aceptado: mayo 2021

Correspondencia
María Clara Espinosa González
maricespinosa@hotmail.com

Este artículo debe citarse como: Espinosa-González MC, Álvarez-Domínguez RG. Tratamiento conservador en una paciente con embarazo ectópico cervical. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (2): 187-190.

lor and cryodiaphoresis. The blood count reported: hemoglobin 7.3 mg/dL; hematocrit of 22.6; leukocytes: 15,000; neutrophils: 90%; platelets: 255,000; blood classification: AB+, positive pregnancy test, and transvaginal ultrasound with a diagnostic impression of a mass in the cervical region, compatible with cervical pregnancy vs uterine myomatosis. With the ultrasound suspicion of ectopic pregnancy, the determination of the beta subunit of human chorionic gonadotropin (β-hCG) was requested, titrating it at 18,273 mUl/mL, which required a transfusion of two units of blood products, due to the hemoglobin concentration , optimizing her figures at 9.6 mg/dL, with stable vital signs and decreased vaginal bleeding. The diagnosis of cervical ectopic pregnancy was established. Treatment with tranexamic acid was started. Hemoglobin was within reference limits. The patient had a satisfactory evolution, with decreased bleeding, so conservative treatment was maintained.

CONCLUSION: Conservative treatment is an effective protocol in the follow-up and control of patients with ectopic pregnancy, since it reduces the risk of mortality and hysterectomy, after establishing the timely diagnosis, with anamnesis, ultrasound and β-hCG concentrations for diagnostic suspicion.

KEYWORDS: Cervical ectopic pregnancy; Conservative treatment; Beta subunit of human chorionic gonadotropin; Uterine myomatosis; Tranexamic acid.

ANTECEDENTES

El embarazo ectópico es la implantación del blastocito en cualquier lugar distinto a la cavidad endometrial, frecuentemente la trompa de Falopio (95% de los casos).[1] El embarazo ectópico cervical corresponde al implantado en el orificio cervical interno, o por debajo de éste;[2] la mayoría de los casos ocurre con una frecuencia de 0.15-0.3% y conlleva en sí mismo un inhabitual y peligroso tipo de embarazo ectópico.[3]

En Colombia, en 1954, se publicó una serie de embarazos ectópicos, pero ninguno de tipo cervical hasta el año 2011, cuando Herrera y su grupo[4] informaron un estudio en el que se encontraba incluido un caso de embarazo ectópico cervical asociado con un procedimiento de reproducción asistida. Los factores de riesgo de embarazo ectópico cervical comprenden: legrado uterino, síndrome de Asherman, cesárea, cirugía cervical previa y técnicas de reproducción asistida; si bien antiguamente se efectuaba histerectomía (50% de mortalidad materna),[5] en la actualidad la ecografía transvaginal ha facilitado la detección de estos casos, con la posibilidad de brindar oportunamente alternativas o tratamientos conservadores para las pacientes con este diagnóstico.[6]

CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años, nulípara, que acudió a servicio médico por sangrado vaginal abundante, de 3 horas de evolución, asociado con dolor en el hipogastrio, criodiaforesis y sensación de desvanecimiento, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de importancia para el padecimiento actual. Refirió no haber recordado su fecha de última menstruación, puesto que en el mes previo tuvo sangrado dos veces, y no coincidía con su fecha anterior del ciclo menstrual. El examen físico reportó: presión arterial de 80-40 mmHg, frecuencia cardiaca de 100 latidos por

https://doi.org/10.24245/gom.v90i2.5687

minuto, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por minuto, Glasgow 15-15; respondía de manera coherente al interrogatorio; tenía palidez mucocutánea generalizada y criodiaforesis, dolor abdominal en el hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal; no se detectaron masas en el examen ginecológico, pero se advirtieron abundantes coágulos en el canal vaginal, con orificio cervical externo abierto centrado, en ese momento se ordenó reanimación con cristaloides y se solicitó hemograma, prueba de embarazo y ecografía transvaginal. El hemograma reportó: hemoglobina de 7.3 mg/dL; hematocrito de 22.6; leucocitos: 15.000; neutrófilos: 90%; plaquetas: 255,000; hemoclasificación: AB+, prueba de embarazo positiva, y ecografía transvaginal con impresión diagnóstica de masa en la región cervical, compatible con embarazo cervical *vs* miomatosis uterina (**Figura 1**). Con la sospecha ecográfica de embarazo ectópico, se solicitó la determinación de subunidad beta de gonadotropina coriónica humana (β-hCG), titulando en 18.273 mUI/mL, por lo que requirió transfusión de dos unidades de hemoderivados, debido a la concentración de hemoglobina, optimizando sus cifras a 9.6 mg/dL, con signos vitales estables y disminución del sangrado vaginal.



Figura 1. Masa compatible con embarazo cervical vs miomatosis uterina.

Se estableció el diagnóstico de embarazo ectópico cervical. Después de la estabilización hemodinámica y conocer el deseo de fertilidad de la paciente, se inició el tratamiento con metotrexato (50 mg por vía intramuscular) y se le explicó el alto riesgo de complicaciones del tratamiento conservador, y en caso de falla terapéutica y complicaciones se procedería a la histerectomía, debido a la localización de la implantación. Evolucionó sin mayor sangrado ni dolor. Tres días después, el estudio de control de β-hCG, posterior a la primera dosis de metotrexato, reportó 15.867 mUI/mL, evolucionó satisfactoriamente sin dolor ni sangrado; 5 días posteriores al tratamiento se informó 13.8 mUI/mL, y al séptimo y octavo día de tratamiento las cifras de β-hCG estaban en 9.119 mUI/mL. El octavo día de hospitalización tuvo sangrado vaginal abundante asociado con dolor, sin descompensación hemodinámica, por lo que se indicó ácido tranexámico. La hemoglobina estuvo en los límites de referencia.

La paciente tuvo evolución satisfactoria, con disminución del sangrado, por lo que se mantuvo el tratamiento conservador. El día nueve de tratamiento médico, la concentración de β-hCG disminuyó significativamente a 5.793 mUI/mL. La ecografía de control reportó una masa sólida heterogénea, persistente, dependiente del cuello uterino, ovalada, bien definida, de 6.8 x 5.4 x 5.6 cm (L x AP x T) y, al decimoprimer día de tratamiento médico, la β-hCG fue de 3.680 mUI/mL. Debido a la estabilidad clínica de la paciente se dio de alta hospitalaria, con cita de control para β-hCG de manera ambulatoria en 72 horas posteriores a la salida; sin embargo, reingresó cinco días después, con sangrado moderado, sin signos de inestabilidad hemodinámica, por lo que se indicó una nueva dosis de metrotexate (50 mg por vía intramuscular, con control de β-hCG en 1.576 mUI/mL). Se le explicó a la paciente los riesgos y las complicaciones. Permaneció estable hemodinámicamente; el examen

ginecológico y la especuloscopia evidenciaron una masa y dilatación en el cuello uterino, por lo que se efectuó legrado obstétrico; se sujetó el labio anterior del cérvix con pinza Foerster, y se visualizó el cuello uterino dilatado (3 cm), con una masa que protruía por el orificio cervical externo. Se procedió a extraer el material del canal cervical con pinza Foerster, compatible con abundantes restos ovulares y coágulos. Se visualizó sangrado rutilante en moderada cantidad, por lo que se indicó ácido tranexamico. La paciente evolucionó satisfactoriamente, con disminución de la hemoglobina de 6.4 mg/dL, por lo que se trasfundieron dos unidades de GRE compatibles. Dos días posteriores al procedimiento, la paciente reportó una concentración de β-hCG de 221 mUI/mL, sin sangrado, por lo que se dio de alta, con recomendaciones y referencia de posibles signos de alarma; además, se asignó cita de manera ambulatoria.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico cervical es una alteración que sigue representando un desafío en cuanto al diagnóstico oportuno y la aplicación de tratamiento conservador; por tanto, los ginecólogos deben brindar una solución rápida, que no ponga en riesgo la capacidad reproductiva y la vida de la paciente.

El objetivo principal de estas pacientes consiste en disminuir la concentración de β-hCG y conservar la capacidad reproductiva. Es este momento cobran importancia las técnicas ultrasonográficas, como principal herramienta para el diagnóstico oportuno y la elección del tratamiento conservador se basa en las concentraciones de gonadotropina coriónica, edad gestacional, actividad cardiaca embrionaria y longitud céfalocaudal. La bibliografía más reciente y otros reportes de caso apoyan el tratamiento conservador (primera línea) cuando se quiere disminuir la mortalidad y la necesidad de histerectomía. El caso aquí expuesto representa un ejemplo de éxito en cuanto a diagnóstico, seguimiento y elección de tratamiento conservador.

CONCLUSIONES

El embarazo ectópico cervical es una alteración poco frecuente, por lo que el diagnóstico y tratamiento siguen representando un reto para los facultativos. La ecografía transvaginal permite la identificación oportuna y conlleva a la posibilidad de aplicar el método conservador, reduciendo la posibilidad de hemorragias graves, requerimiento de histerectomía e, incluso, disminución del riesgo de mortalidad.

RFERENCIAS

1. Bolaños H, Ricaurte A, Zarama F, Ricaurte A, et al. Manejo conservador de una paciente con embarazo ectópico cervical en Nariño, Colombia: Reporte de caso y revisión de literatura. Rev Colombiana Obstet Ginecol 2019; 70 (4). doi: https://doi.org/10.18597/rcog.3357
2. Viera MI, Molina L, Tapia G. Embarazo ectópico cervical. Rev Cubana Obstet Ginecol 2017; 43 (3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2017000300012
3. Rivera C, Soto MJ, Díaz V, Espinoza, et al. Experiencia y manejo del embarazo ectópico cervical: Revisión del tema. Rev Chilena Obstet Ginecol 2020; 85 (5). http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262020000500460
4. Herrera E, Otero E, Hincapié LC, Caacho R, et al. Heterotopic pregnancy: Presentation of four cases. Colombia Méd 2011; 42 (4). https://doi.org/10.25100/cm.v42i4.953
5. Ruipérez E, Gutiérrez A, Brenes JM, et al. MA. (). Embarazo ectópico cervical: Reporte de un caso. Rev Peruana Ginecol Obstet 2019; 65 (4). https://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2213
6. Martínez R, Quintero L, García C, De Castro AF. Embarazo ectópico cervical: diagnóstico preciso y enfoque de manejo médico. Reporte de caso. Universitas Med 2017; 59 (1). http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v59n1/0041-9095-unmed-59-01-00075.pdf

https://doi.org/10.24245/gom.v90i2.5687