Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2019 octubre;87(10):688-695.

Embarazo cervical tratado de forma divergente. Reporte de dos casos

Report of two cases of cervical pregnancy treated in a divergent way.

José Jesús Macías-Duvignau,[1] Fernando Río de la Loza-Jiménez,[2] Roberto Carlos Manríquez-Angulo,[3] Leopoldo Río de la Loza-Cava,[4] Santiago González-Guerrero[5]

Resumen

ANTECEDENTES: La implantación del cigoto en el cuello uterino sucede en 0.1% de los embarazos ectópicos. Su incidencia ha aumentado con las técnicas de reproducción asistida y el aborto programado.

PRIMER CASO: Paciente primigesta, de 34 años, a quien se le diagnosticó aborto incompleto de seis semanas. Al practicarse el legrado se encontró la cavidad uterina vacía y por ultrasonido se detectó el saco gestacional en el cuello uterino. Se trató con metotrexato y ácido fólico, con desenlace exitoso.

SEGUNDO CASO: Paciente de 30 años, dos embarazos y una cesárea; acudió a consulta debido a dolor abdominal y sangrado transvaginal intermitente, con cuatro meses de evolución antes de su hospitalización. El padecimiento se inició después de interrumpir, de manera programada, el embarazo en el primer trimestre, con medicamentos y legrado uterino. En la revisión, el fondo uterino se encontró de 20 cm, con latido fetal. El ultrasonido mostró un embarazo de 19.5 semanas, con placenta previa; posteriormente, en el servicio de Medicina materno fetal se estableció el diagnóstico de acretismo placentario. El diagnóstico de embarazo cervical se estableció mediante resonancia magnética a la semana 37 y se practicó cesárea con nacimiento de feto vivo.

CONCLUSIONES: El embarazo ectópico cervical es excepcional y de difícil diagnóstico; su incidencia va en aumento. En embarazos del primer trimestre es posible indicar tratamientos médicos conservadores y algunos casos pueden llegar a término.

PALABRAS CLAVE: Cigoto; cuello uterino; embarazo ectópico; aborto; embarazo ectópico cervical; primer trimestre; tercer trimestre; aborto incompleto; placenta previa; placenta acreta.

Abstract

BACKGROUND: Zygote implantation in the cervix occurs in 0.1% of ectopic pregnancies. Its incidence has increased with assisted reproduction and elective abortion. Two cases and their medical management are presented.

FIRST CASE: A 34-year-old primiparous patient who was diagnosed with incomplete abortion after six weeks of pregnancy. When a uterine curettage was performed, the uterine cavity was found empty and the presence of the gestational sac was demonstrated in the cervix. She was treated with methotrexate plus folic acid with successful results.

SECOND CASE: 30-year-old patient, two pregnancies and a C-section; He went to the office due to abdominal pain and intermittent transvaginal bleeding, with four months of evolution before hospitalization. The condition began after interrupting, on a scheduled basis, pregnancy in the first trimester, with medication and uterine curettage. In the review, the uterine fundus was 20 cm, with fetal heartbeat. The ultrasound showed a pregnancy of 19.5 weeks with placenta previa and later in the service of maternal-fetal medicine, the diagnosis of placenta accreta was established. In this case, the diagnosis of cervical pregnancy was made by magnetic resonance until week 37 and was resolved by cesarean section, achieving the birth of a live product.

[1] Ginecoobstetra, coordinador académico de posgrado.
[2] Ginecoobstetra, profesor titular del curso de posgrado en Ginecología y Obstetricia.
[3] Ginecoobstetra, médico asociado.
[4] Ginecoobstetra, profesor adjunto del curso de posgrado en Ginecología y Obstetricia.
[5] Residente del tercer año de Ginecología y Obstetricia.
Institución Ginecoobstétrica y de Perinatología Alexander Von Humboldt, Naucalpan, Estado de México.

Recibido: enero 2019

Aceptado: julio 2019

Correspondencia
José Jesús Macías Duvignau
dr.jesusmacias@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Macías-Duvignau JJ, Rio de la Loza-Jiménez F, Manríquez-Angulo RC, Río de la Loza-Cava L, González-Guerrero S. Embarazo cervical tratado de forma divergente. Reporte de dos casos. Ginecol Obstet Mex. 2019 octubre;87(10):688-695.
https://doi.org/10.24245/gom.v87i10.3036

CONCLUSIONS: Ectopic cervical pregnancy is exceptional and difficult to diagnose; Its incidence is increasing. In pregnancies of the first trimester it is possible to indicate conservative medical treatments and some cases may come to an end.

KEYWORDS: Zygote; Cervix; Ectopic pregnancies; Abortion; Cervical ectopic pregnancy; First trimester; Third trimester; Abortion incomplete; Placenta previa; Placenta Accreta.

ANTECEDENTES

La implantación del cigoto en el cuello uterino sucede en 0.1% de los embarazos ectópicos.[1] Este tipo de nidación tiene factores predisponentes: cicatrices de cesárea, miomatosis uterinas o sinequias endometriales.[2,3] Vela reporta el antecedente de legrado uterino en 50% de una serie de pacientes con embarazo ectópico cervical.[4] Su incidencia se ha incrementado de manera significativa con las técnicas de reproducción asistida y con el aborto programado.

El diagnóstico temprano del embarazo ectópico es decisivo para conseguir el mejor desenlace.[5] Para esto se recurre a diferentes métodos auxiliares de la clínica: cuantificación de hormona gonadotrofina coriónica, progesterona, y otras.[6]

Las ecografías abdominales y endovaginales han demostrado ser eficaces y en ellas se basan la mayor parte de los diagnósticos.[7] En esos estudios hay factores técnicos y humanos, al interpretar las imágenes, que influyen en la toma de decisiones para el tratamiento y éste, a su vez, en el pronóstico reproductivo de las pacientes. Las fallas en el diagnóstico se deben a que este tipo de anormalidad, por ser infrecuente, no se tiene en mente y su diagnóstico tiene mayor cantidad de fallas.[8] Esto ocasiona que haya complicaciones hemorrágicas que requieren maniobras oclusivas: taponamiento cervical con balón o el cerclaje cervical hemostático o mediante histerectomía. Los reportes ecográficos que dan lugar a confusiones y diagnósticos erróneos son diversos, por ejemplo: retención de restos ovulares, embarazo intrauterino con actividad cardiaca y hemoperitoneo; masa cervical no especificada; embarazo intrauterino bajo y masa ovárica. Hay casos en los que el error diagnóstico ecográfico se repite en el mismo caso.

Ushakov[8] describió cuatro patrones ecográficos para el diagnóstico de embarazo cervical: *1)* saco con embrión vivo; *2)* saco sin embrión en el cuello uterino; *3)* masa cervical de bordes no definidos y *4)* saco gestacional cervical regular.

Palman y McElin, citados por Briceño,[9] consideran los siguientes datos clínicos como criterios de diagnóstico del embarazo cervical: *1)* hemorragia uterina después de un periodo de amenorrea. *2)* Cuello uterino blando y agrandado, con tamaño igual o mayor que el fondo uterino (útero en reloj de arena). *3)* Producto de la concepción totalmente limitado dentro y firmemente adherido al cuello uterino. *4)* Orificio cervical interno cerrado y *5)* orificio cervical externo parcialmente abierto.[9,10]

El embarazo ectópico que ocurre en la parte abdominal del cuello uterino tiene morfogénesis paramesonéfrica[10] y comparte las características anatómicas y fisiológicas del cuerpo uterino.[11] La capacidad de la cavidad uterina es de 4 a 5 cm^3 y mide 55 mm^2, en promedio, de los que 25

mm son para el cuerpo, 25 mm para el cuello uterino y 5 mm para el istmo.[12]

Conforme crece ahí el embarazo, el miometrio cervical se incorpora en dirección cefálica, hacia el istmo y cuerpo, mediante modificaciones anatómicas que consisten en desdoblamiento y elongación miometrial.

La presentación de estos casos tiene el propósito de mostrar dos conductas médicas para casos de embarazo ectópico cervical que pueden practicarse en nuestro medio de manera exitosa y fomentar la investigación y reporte de este tipo de casos.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente primigesta, de 34 años, con antecedentes de pancreatitis y colecistectomía dos años antes del embarazo actual, menarquia a los 11 años, menstruaciones regulares de 28-30 x 4-5. Acudió a la consulta de Urgencias con seis semanas de embarazo, determinadas por la fecha de la última menstruación, con dolor abdominal y sangrado transvaginal de dos días de evolución. Los exámenes de laboratorio se reportaron en límites normales, solo la fracción beta de 9000 UI. El ultrasonido endovaginal reportó: cavidad uterina con saco gestacional colapsado y sin embrión por aborto incompleto (**Figura 1**). Los principales diagnósticos diferenciales son: amenaza de aborto, aborto en evolución, aborto diferido, embarazo molar y ectópico.

Durante el legrado uterino no se encontraron restos ovulares en la cavidad y solo se obtuvo un poco de tejido para biopsia. En el transoperatorio se tomó otro ultrasonido endovaginal que localizó el saco gestacional en la región anterior y proximal del cuello uterino, con un embrión vivo de 17.4 mm de longitud craneocaudal, equivalente a 8.4 semanas de gestación. **Figura 2**



Figura 1. Caso 1: Ultrasonido endo-vaginal reportado como cavidad uterina vacía y saco sin embrión. Se observa un saco en el cuello uterino confundido con aborto incompleto.

Se decidió el tratamiento farmacológico con 50 mg de metotrexato por vía intravenosa y 5 mg de ácido fólico por vía oral, ambos, cada 24 horas, durante 7 días. Se hicieron cuantificaciones de la fracción beta de gonadotrofina coriónica y ultrasonido endovaginal cada 48 horas, hasta la negativización de la hormona y desaparición ecográfica del saco. **Figuras 3 y 4**

El reporte del tejido obtenido de la biopsia de la cavidad uterina fue: hiperplasia endometrial gestacional y reacción decidual de Arias Stella.

Caso 2

Paciente de 30 años, con antecedente de dos embarazos, una cesárea y un aborto y colecistectomía dos años antes. La cesárea se le practicó cuatro años antes y el aborto cinco semanas previas.

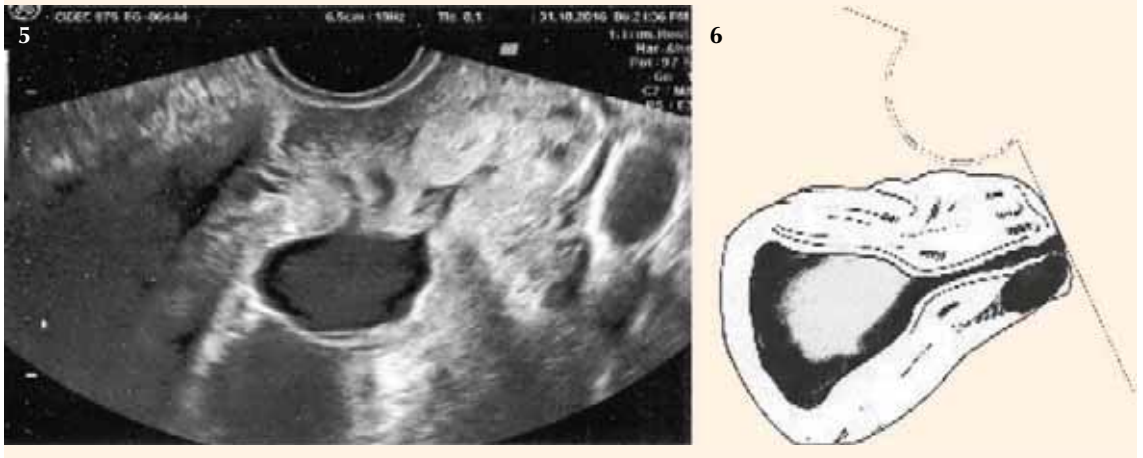
https://doi.org/10.24245/gom.v87i10.3036



Figuras 2, 3 y 4. Desde un embrión vivo de 7 semanas en el cuello uterino y su evolución con tratamiento médico con metotrexato hasta su disolución.

Acudió a consulta porque desde que abortó continuó con sangrado vaginal escaso e intermitente, acompañado de dolor tipo cólico. En el interrogatorio narró que entre la sexta y séptima semanas del segundo embarazo acudió a una clínica para interrumpirlo y que, para ello, recibió 600 mg de misoprostol sublingual, en dosis única. Al día siguiente de la toma del medicamento tuvo sangrado abundante y regresó a ese sitio para su valoración. Ahí le realizaron un ultrasonido endovaginal en el que se reportó: cavidad uterina vacía y aborto en evolución y le practicaron un legrado uterino. **Figuras 5 y 6**

En la exploración, el fondo del útero se encontró en la cicatriz umbilical; con Doppler se auscultó el corazón fetal y se registraron 145 latidos por minuto. La exploración bimanual permitió establecer que el cuello uterino medía 3 cm de largo, estaba cerrado y reblandecido, sin sangrado activo; asimétrico y lateralizado a la izquierda.



Figuras 5 y 6. Caso 2: Reporte de ultrasonido: cavidad uterina vacía y aborto en evolución. El saco se encuentra en el uterino y la cavidad uterina tiene sangre.

El reporte del ultrasonido de ese día fue de embarazo de 19.5 semanas, por fetometría con placenta previa.

Al tratarse de un sangrado de la segunda mitad del embarazo se pensó en los siguientes diagnósticos diferenciales: procesos de aborto o parto prematuro, infecciones, incompetencia ístmico cervical; desprendimiento prematuro de placenta; placenta previa, acretismo placentario o ruptura uterina.

Los exámenes de laboratorio reportaron anemia con hemoglobina de 9.5 g/dL. Se le prescribió tratamiento para embarazo con placenta previa: reposo, seguimiento quincenal, interconsultas con Medicina materno fetal y hematínicos. Durante el resto del embarazo no se repitió ningún otro episodio de sangrado.

En la semana 35 de embarazo los especialistas en Medicina materno fetal, describieron el hallazgo de "lagos venosos verticales y sospecha de acretismo placentario", sin daño vesical (**Figura 7**). Se programó la cesárea dos semanas después.



Figura 7. Caso 2: A las 35 semanas se reportaron lagos venosos verticales y placenta acreta.

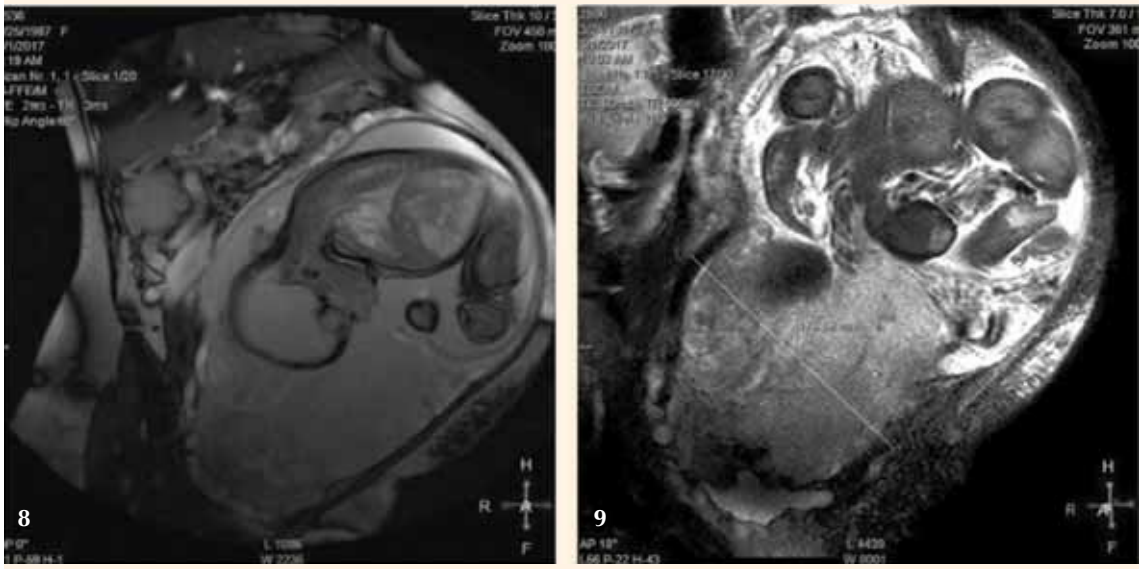
La paciente se hospitalizó un día antes de la intervención con el propósito de prepararla y practicarle estudios de laboratorio, gabinete y resonancia magnética nuclear. En este último estudio fue posible observar al "útero en reloj de arena" y el cuello uterino ocupado en su mayor parte por la placenta, adelgazado, asimétrico y la placenta incluyendo al segmento uterino. El feto ocupaba la parte superior del útero. **Figuras 8 y 9**

La programación quirúrgica para cesárea e histerectomía obstétrica se efectuó tomando en cuenta los riesgos hemorrágicos del acretismo placentario y, originalmente, se contempló la colocación, por cateterismo, de balones oclusivos temporales, en ambas arterias hipogástricas, reserva de hemoderivados, colocación de catéteres ureterales y administración de carbetocina y vasopresina.[13] Durante la noche previa a la intervención quirúrgica, después de cateterizar ambos uréteres, la paciente experimentó contracciones uterinas y hemorragia, por eso se intervino de urgencia y ya no fue posible el taponamiento arterial programado.

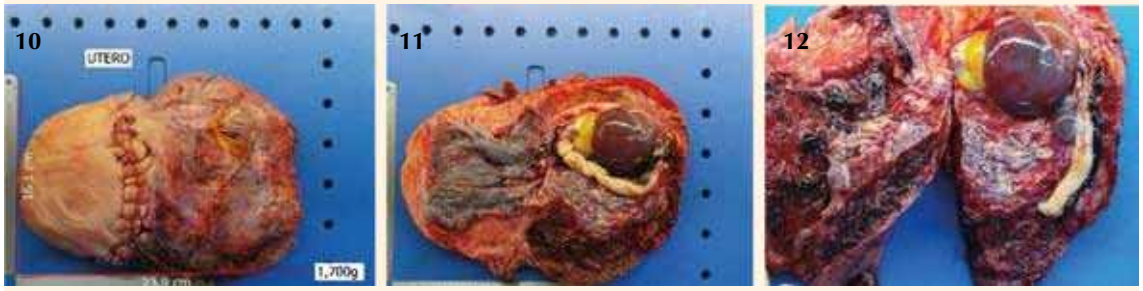
La intervención se practicó con bloqueo epidural y laparotomía media. Al aislar el campo, fue posible distinguir al útero rotado a la derecha sobre su eje, se identificaron: el fondo, cuerpo, segmento y el cuello uterino extremadamente agrandado, a través de cuyo peritoneo translúcido se observaba algo de miometrio y vasos placentarios. **Figura 10**

Se accedió al segmento uterino mediante histerotomía tipo Kerr (**Figura 11**) y se extrajo un feto femenino, vivo, de 2900 g. Enseguida, se ligó el cordón umbilical proximal, sin traccionar la placenta y dejándola en su sitio. Se le aplicaron 12 cc de vasopresina diluida con 0.2 U/mL en la zona del miometrio, con peritoneo y luego se efectuó la histerorrafia, con puntos anclados en una sola línea.

https://doi.org/10.24245/gom.v87i10.3036



Figuras 8 y 9. Resonancia magnética que muestra al cuello uterino y al istmo ocupados por la placenta.



Figuras 10-12. Pieza y corte de patología donde se observa el adelgazamiento del miometrio cervical ocupado y el orificio cervical externo e interno.

Para la histerectomía se aplicó una técnica modificada de desvascularización progresiva, paso a paso,[14] mediante disección y ligadura temprana bilateral de ambos vasos uterinos, arterias ovárico-uterinas y ligamentos redondos. Para la histerectomía obstétrica, la disección se facilitó por los catéteres ureterales.

Al despegar el peritoneo vesical accidentalmente se perforó y reparó la vejiga. No fue necesario ingresar a la paciente a cuidados intensivos y se dio de alta del hospital al cuarto día. El reporte de patología reportó miometrio de 1 mm y los vasos coriales referidos. **Figuras 11, 12 y 13**

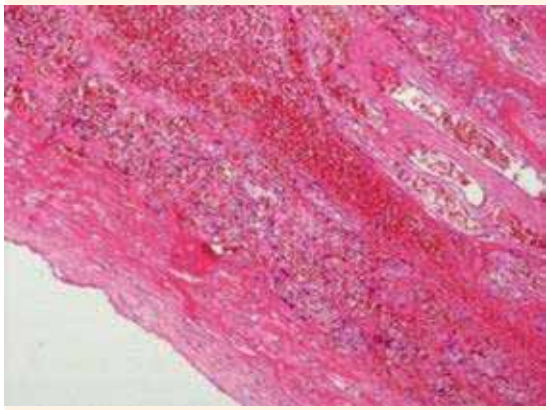


Figura 13. Corte del uterino con espesor de 1 mm y vellocidades.

DISCUSIÓN

Los dos casos de embarazo ectópico cervical recibieron tratamientos que pueden efectuarse en nuestro medio, con buenos resultados. En ambos casos, el diagnóstico de embarazo ectópico cervical se estableció tardíamente y esta dificultad diagnóstica coincide con otros reportes.

En el primer caso se cometió un error en el diagnóstico y tratamiento inicial de la paciente debido a que la interpretación equivocada de la imagen del ultrasonido influyó en el tratamiento inmediato.

En el segundo caso, además de un error diagnóstico de imagen temprano destaca, en especial, que la similitud ecográfica que hay entre el embarazo ectópico cervical y la placenta previa acreta influyó en su tratamiento.

Hay pocos casos de este tipo de embarazos llevados a término, a pesar de que son posibles y viables.

Existen varias clasificaciones del embarazo ectópico cervical, desde el punto de vista anatómico o histológico, pero todas son de la época previa al desarrollo de tecnología avanzada del ultrasonido y la resonancia magnética. Quizá la más anatómica considera dos tipos de implantación ectópica: cervical y cérvico-ístmica.[15] El caso aquí comunicado corresponde a este último y debido a los hallazgos se piensa que solo en esta porción proximal del cuello puede desarrollarse una gestación avanzada.

Russel y su grupo reportaron, en 1992, un caso de embarazo cérvico-ístmico llevado a término intencionalmente lográndose el nacimiento en buenas condiciones de salud.[16] Los hallazgos más importantes fueron un exocuello uterino de 1 cm, placenta insertada en la cara posterior distal al orificio cervical; el fondo expandido y con partes fetales, con una pared uterina extremadamente adelgazada, con la placenta palpable y observable a nivel subseroso. Estos hallazgos también coinciden con los de nuestro segundo caso.

Menahem y colaboradores también llevaron a término un embarazo cervical y practicaron una revisión de otros 11 reportes de embarazos cervicales[17] con el propósito de encontrar características comunes para mejorar el diagnóstico temprano de este tipo de embarazos sin haber encontrado un factor en común. Reportaron varias similitudes clínicas: cuello uterino blando, corto y borrado, el segmento inferior abultado dentro de los fórnix vaginales. El fondo uterino se confundió con miomatosis.

En el tratamiento de los casos de embarazos cervicales tempranos existen varios esquemas con fármacos solos o combinaciones: metotrexato, actinomicina; cloruro de potasio local o vasopresina.[18] Cuando el tratamiento farmacológico falla de alguna manera facilita el quirúrgico mediante legrado, histeroscopia con rectoscopia, laparotomía o laparoscopia. Estos procedimientos pueden incluir taponamiento cervical con ba-

https://doi.org/10.24245/gom.v87i10.3036

lones, globo de sonda Foley o cerclaje cervical. Se han propuesto esquemas que combinan un tratamiento primero farmacológico y después quirúrgico.[19]

La histerectomía se indica en casos que se complican con hemorragia grave durante el curso clínico del embarazo cervical, el tratamiento o en casos tardíos en los que se teme una ruptura cervical. También se indican procedimientos isquémicos coadyuvantes para disminuir la irrigación de las arterias hipogástricas o uterinas mediante su ligadura o taponamiento temporal.[20]

CONCLUSIONES

El embarazo ectópico cervical es excepcional y de difícil diagnóstico; su incidencia apunta hacia el incremento y requiere investigarse clínicamente. Es posible efectuar tratamientos médicos conservadores en embarazos del primer trimestre y en algunos casos puede existir una opción favorable para la supervivencia del feto, como sucede en otros embarazos de alto riesgo.

REFERENCIAS

1. The Linde's operative gynecology. 10th ed. New York: Lippincott-Raven, 2015; 819-20.
2. Matteo M, et al. Combined medical-hysteroscopic conservative treatment of a viable cervical pregnancy: A case report. Journal of Minimally Invasive Gynecology 2006; 13: 345-47. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2006.03.009
3. Salazar L, Víctor V. Tratamiento endoscópico conservador del embarazo ectópico cervical mediante histeroscopia operatoria. Rev Enf Trac Gen Inf. 2014; 8 (2): 6-13. http://www.comegic.org.mx/wp-content/uploads/2018/05/revista_comegic_2014-2015.pdf#page=8
4. Vela G, Tulandi T. Cervical pregnancy: The importance of early diagnosis and treatment. Journal of Minimally Invasive Gynecology 2007; 14: 481-84. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2006.11.012
5. Río de La Loza F. Diagnóstico sistematizado de embarazo ectópico. Cir Cir 1984; 52 (4).
6. Galia O, Tulandi T. A pragmatic and evidence-based management of ectopic pregnancy. Journal of Minimally Invasive Gynecology 2013; 20 (4). https://doi.org/10.1016/j.jmig.2013.02.004
7. Dixit N, Venkatesan S. Cervical Pregnancy: An uncommon ectopic pregnancy. Med J Armed Forces India. 2008; 64 (2): 183-84. https://doi.org/10.1016/s0377-1237(08)80077-9
8. Ushakov F, et al. Cervical pregnancy: Past and future. Obstet Gynecol Surv 1996; 52: 45-59. https://doi.org/10.1097/00006254-199701000-00023
9. Briceño Pérez C, et al. Embarazo ístmico-cervical con invasión a región vésico-uterina. Rev Obstet Ginecol Venez 2002;62(2):123-131 https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Briceno-Perez/publication/263966891_EMBARAZO_ISTMICO-CERVICAL_Embarazo_istmico-cervical_con_invasion_a_region_vesico-uterina/links/00b7d53c7379fcfe29000000/EMBARAZO-ISTMICO-CERVICAL-Embarazo-istmico-cervical-con-invasion-a-region-vesico-uterina.pdf
10. Moore. Persaud: Embriología clínica. 6ª ed. 2017; 338-67.
11. Martyn F. et al. The role of the cervix in fertility: is it time for a reappraisal? Human Reproduction. 2014; 29 (10): 2092–98. https://doi.org/10.1093/humrep/deu195
12. Kamina P. Anatomie clinique de´l appareil genital fémenin. Encycl. Méd. Chir Gynécologie 1993; 10: 32.
13. Hiroto S, Hiroyuki T. The effect of vasopressin on local and general circulation during laparoscopic surgery. Journal of Minimally Invasive Gynecology 2006; 13: 190-94.
14. Hernández Y, et al. Alternativas quirúrgicas conservadoras del útero ante la hemorragia posparto: Medisur 2017. http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3373
15. Marcano H, Páez J. Embarazo ístmico-cervical a término. Bol Mat Concep Palac 1954; 5: 4-7.
16. Russel DJ. First trimester diagnosed cervical isthmic pregnancy resulting in a term delivery. Obstetrics & Gynecology 1992; 80 (3) part 2.
17. Menahem P, David M. Cervical isthmic pregnancy carried to term. Obstetrics & Gynecology 1980; 6 (2).
18. Scott C. Silvan C. Review of vasopressin use in Gynecologic surgery. Journal of Minimally Invasive Gynecology 2012; 19 (4). https://doi.org/10.1016/j.jmig.2012.03.022
19. Zakaria M, Shabana R. Conservative Management of Cervical. Ectopic Pregnancy. A Case Report and Evidence-Based Approach. Journal of Minimally Invasive Gynecology 2017; 13: 63-66. https://doi.org/10.1016/j.jmig.2010.08.512
20. Begum S, et al. Cervical pregnancy: A puzzling event. Chattagram man o Shisu Hospital Medical Collage Journal 2014; https://doi.org/10.3329/cmoshmcj.v13i2.21072