

Embarazo cervical. Caso clínico

Silvia Ferrero
Carolina Esteve
Joan Sabriá
Eduardo González
Bosquet
Josep M. Laila

Servicio
de Obstetricia
y Ginecología
Hospital Universitario
de Sant Joan de Déu
Universidad
de Barcelona

Correspondencia:
Silvia Ferrero
Servicio de Obstetricia
y Ginecología
Hospital Universitario
de Sant Joan de Déu
Universidad
de Barcelona
Ctra. de Esplugues s/n
08950 Esplugues
de Llobregat
Barcelona

Introducción

El embarazo cervical, definido como la implantación del óvulo fecundado por debajo del orificio cervical interno, es una forma poco frecuente de embarazo ectópico. Su incidencia se estima alrededor del 1%¹. No obstante, se está observando un incremento del número de casos debido, que se relacionan con algunas técnicas de reproducción asistida^{1,2}.

A continuación presentamos el caso de un embarazo ectópico cervical.

Caso clínico

Acude a nuestro centro una mujer nulípara de 25 años presentando sangrado genital moderado tras amenorrea de seis semanas. Tiene ciclos menstruales regulares (4/28) y es fumadora. Entre sus antecedentes personales destaca anorexia nerviosa hace 2 años que está en fase de resolución, con tratamiento de Fluoxetina 40 mg/día y Diazepam 5mg/día.

Se solicita el nivel de β -hCG en sangre siendo de 922 U/L. En la ecografía transvaginal se objetiva una línea endometrial de 13 mm, sin evidencia de gestación endouterina e imagen compatible con luteoma en ovario izquierdo. Se orienta como aborto completo y se pauta metilergometrina.

La paciente acude a los nueve días presentando hemorragia genital abundante. A la exploración se objetiva una tumoración cervical sangrante, no diferenciándose solución de continuidad con labio anterior y posterior del cuello uterino. No se consigue penetrar en cavidad uterina a través del canal cervical al no poder canalizar el orificio cervical interno.

En la ecografía se aprecia una tumoración cervical de unos 22 mm, de ecogenicidad similar a la del miometrio. Se realiza biopsia con pinza Schuber y

también se analiza material friable que se desprende espontáneamente. Procedemos a la colocación de taponamiento para cohibir la hemorragia. Se realiza un análisis de sangre: Hemoglobina de 13,6g/dl, hematocrito 41,1%, plaquetas 235 millones/mmcc, leucocitos de 12200/mmcc y las pruebas de coagulación están dentro de la normalidad. Se determina el nivel de β -hCG por la sospecha de embarazo ectópico cervical, siendo de 2000 UI/ml. A las 12 horas se retira el taponamiento y el sangrado por vagina es escaso.

A las 48 horas el nivel de β -hCG en sangre es de 307 U/l.

A los tres días de ingreso aparece dolor abdominal a la palpación profunda en hipogastrio y fosa ilíaca izquierda, sin signos de peritonismo ni palpación de masas. En el análisis de sangre la hemoglobina es de 11.0 g/dl, el hematocrito de 33%, las plaquetas de 226 millones/mmcc. y 8500 leucocitos/mmcc., con las pruebas de coagulación normales y la PCR negativa. Los niveles de urea, creatinina, bilirrubina total, ALT, AST y GGT no presentan ninguna alteración. La β -hCG en sangre al cuarto día es de 158 U/L.

El resultado anatomopatológico de la tumoración cervical informa sobre vellosidades coriales de gestación precoz y, entre ellas, grupos de vellosidades parcialmente degeneradas. Como tratamiento de la gestación ectópica cervical se decide la administración de metotrexate intramuscular: 50 mg. en dosis única.

La ecografía transvaginal de control, 48 h. después de la administración de metotrexate, muestra un útero de contornos normales y ecogenicidad homogénea sin imágenes patológicas a nivel cervical y línea endometrial de 4 mm. No se evidencia líquido libre peritoneal. El nivel de β -hCG en sangre al sexto día es de 74,9 U/L. Se decide dar el alta hospitalaria a la paciente.

A los cuatro días se visita en consultas externas. La paciente no había presentado metrorragias aunque seguía con dolor en ambas fosas ilíacas. La exploración ginecológica es normal pero el cérvix muestra imágenes de cicatrización, sangrando fácilmente con el tacto. Se practica un nuevo control ecográfico, en el que se observa el útero en anteflexión, de contornos normales y ecogenicidad homogénea, con una línea endometrial engrosada, de 13 mm, los anejos eran normales. La β -hCG en sangre es de 4,9 U/L. La paciente no acude a los controles posteriores.

Discusión

El 95% de los embarazos ectópicos se producen en la trompa, especialmente en la zona ampular de la misma¹. El embarazo cervical es poco frecuente^{1,3} pero puede dar lugar a complicaciones hemorrágicas importantes debidas esencialmente al aumento de vascularización y a la ausencia de tejido muscular para cohibir dicha hemorragia, principalmente si el diagnóstico se realiza tardíamente⁴.

Aunque la etiología del embarazo cervical no está bien definida, los factores de riesgo son similares a los del embarazo ectópico tubárico⁴, es decir: intervenciones previas en el útero (cesárea, dilatación y legrado, etc.), uso de dispositivos intrauterinos y técnicas de reproducción asistida, especialmente la fertilización in vitro. La paciente no presentaba ninguno de los factores de riesgo descritos.

El embarazo cervical suele tener como primer signo la hemorragia genital indolora², como ocurre en este caso. A veces puede palparse una masa cervical y un útero ligeramente aumentado de tamaño. El diagnóstico se apoya en la clínica y en la ecografía transvaginal^{1,4}.

Los criterios diagnósticos clínicos específicos de embarazo cervical fueron establecidos por Paalman y McElin (1959)⁵:

1. hemorragia uterina sin contracciones después de un período de amenorrea;
2. un cuello uterino reblandecido y desproporcionadamente agrandado, hasta un tamaño igual o superior al del cuerpo del útero;
3. confinamiento completo y unión firme del producto de la concepción al endocérvix y
4. un orificio cervical interno cerrado. Todos ellos se cumplían en nuestro caso.

En 1978, Raskin describió el primer diagnóstico de embarazo cervical a través de los ultrasonidos⁴. Des-

de entonces, y gracias también a los niveles de gonadotropina coriónica humana (β -hCG), se ha podido conseguir un diagnóstico más precoz. En este caso la ecografía no mostraba una imagen clara de saco gestacional, aunque la clínica y los niveles de β -hCG orientaban el diagnóstico.

Nuevos procedimientos conservadores han sido introducidos substituyendo la histerectomía, que ha quedado confinada para sangrados incoercibles que no responden a otros tratamientos y que suponen una clara amenaza para la vida de la paciente. La mortalidad materna ha disminuido del 40% en 1911 al 10% en 1953 hasta casi el 0% en la actualidad^{6,7}.

Entre los métodos conservadores, una de las opciones más seguras es el metotrexate, que fue descrito por primera vez en el embarazo cervical por Farabow, *et al.* en 1983². Actualmente el metotrexate, sólo o asociado a otras técnicas conservadoras, es el tratamiento de elección en el manejo del embarazo ectópico de <12 semanas de gestación^{2,8}.

La paciente no cumplía ninguno de los factores que parecen empeorar el pronóstico de este tratamiento³: presencia de concentraciones de β -hCG de 10000mUI/ml, edad gestacional de 9 semanas, actividad cardíaca embrionaria y CRL > 10mm³.

En nuestro caso se administró una única dosis de metotrexate en razón de 1 mg por kg de peso por vía intramuscular. Los regímenes terapéuticos varían según distintos autores. En general, se suelen utilizar las vías intramuscular o intravenosa a dosis entre 0,5 mg/Kg y 1 mg/Kg en dosis única o en dosis diarias durante 4 o 5 días consecutivos o a días alternos durante 2, 3, 4 o 5 dosis². En pacientes con un embarazo cervical viable la inyección inicial de metotrexate para cesar la actividad cardíaca embrionaria parece ser más efectiva que la administración sistémica únicamente, y podría minimizar los riesgos potenciales del fracaso del metotrexate⁸.

Las náuseas, los vómitos, las epigastrálgias, la estomatitis y la alteración de la función hepática son síntomas comunes después del tratamiento sistémico con metotrexate a bajas dosis^{1,2}. Todos estos efectos son autolimitados². La paciente presentó abdominalgia importante sin que apareciese ningún otro efecto colateral. Aunque menos frecuentes también se han descrito depresión medular (leucopenia, trombocitopenia), hepatotoxicidad crónica, fibrosis pulmonar, alopecia y fotosensibilidad a dosis altas aunque estos efectos son raros en tratamientos cortos^{2,3}. Algunos autores consideran que debe iniciarse el tratamiento con dosis relativamente bajas de metotrexate ya que

no encuentran respuestas distintas entre la administración de altas o bajas dosis³. Después de la administración de metotrexate se puede realizar un rescate con una dosis de 0.1 mg./kg de ácido fólico².

El período de resolución de la β -hCG es de 53 642 días². Los niveles de β -hCG todavía permanecen altos en nuestro caso después de 19 días. Existe controversia respecto a la fiabilidad de la β -hCG en el seguimiento de la eficacia del metotrexate⁹, aunque sigue siendo una herramienta eficaz.

Parece que no hay efectos adversos en la subsiguiente función reproductiva y resultado de embarazos posteriores tras este tratamiento si la edad gestacional es inferior al primer trimestre. Tampoco se ha descrito un aumento de las anomalías congénitas en los nacimientos posteriores⁸.

Bibliografía

1. Cunningham G, McDonald P, Gant NF, Leven KJ. Embarazo ectópico. En: *Williams Obstetricia*. 20ª edición, ed. Panamericana (USA), 1997;587-9.
2. Fu-Tsai Kung, Shih-Young Chang. Efficacy of methotrexate treatment in viable and not viable cervical pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 1438-43.
3. Tai-Ho Hung, Weng-Yi Shau, T'sang-T'ang Hsieh, et al. Prognostic factors for an unsatisfactory primary methotrexate treatment of cervical pregnancy: a quantitative review. *Human Reproduction* 1998; 13:2636-42.
4. Dehan Chen, Isaac Kligman, Zev Rosenwaks. Heterotopic cervical pregnancy successfully treated with transvaginal ultrasound-guided aspiration and cervical-stay sutures. *Fertility and Sterility* 2000;75:1030-3.
5. Paalman RJ, Mc Elin TW. Cervical pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1959;77:1261.
6. Parente J, Chau-Su O, Levy J, Legatt E. Cervical pregnancy analysis: a review and report of five cases. *Obstet Gynecol* 1983;62:79-82.
7. Bachus K, Stone D, Suh B, Thickman D. Conservative management of cervical pregnancy with subsequent fertility. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:450-1.
8. Fu-Tsai Kung, Shih-Young Chang, Yung-Chien Tsai, et al. Subsequent reproduction and obstetric outcome after methotrexate treatment of cervical pregnancy: a review of original literature and international collaborative follow-up. *Human reproduction* 1997; 12:591-5.
9. Petra J. Hajenius, Daphne Roos, Willem M. Aknum, et al. Are serum human chorionic gonadotropin clearance curves of use in monitoring methotrexate treatment in cervical pregnancy? *Fertility and Sterility* 1998;2:362-5.
10. Donald L. Filstra, Michael D. Coffey. Treatment of cervical pregnancy with cerclage, curettage and balloon tamponade: a report of three cases. *The Journal of Reproductive Medicine* 2001;46:71-4.
11. Floridon C, Nielsen O, Byrjalsen C, Holund B, et al. Ectopic pregnancy: histopathology and assesment of cell proliferation with and without methotrexate treatment. *Fertil Steril* 1996;65:730-8.
12. Nelson RM. Bilateral internal iliac aretery ligation in cervical pregnancy: conservative of reproductive function. *Am J Obstet Gynecol* 1979;134:145-9.