

Casos Clínicos

EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO CONSERVADOR CON CERCLAJE CERVICAL

Fernando Troncoso R.¹, Ximena Cardone P.¹, Carlos Rondini F-D.¹, Carlos Troncoso R.¹

¹Servicio de Ginecología, Hospital Padre Hurtado.

RESUMEN

Se describen dos casos de embarazo ectópico cervical, diagnosticados en el Servicio de Urgencia de la Maternidad del Hospital Padre Hurtado, ambos casos correspondían a gestaciones menores a siete semanas; diagnóstico efectuado por ecografía transvaginal. Ambos casos se trataron inicialmente en forma médica, presentando genitorragia importante durante la evolución. Para el control del sangrado se efectuó cerclaje cervical tipo McDonald. Las pacientes evolucionaron favorablemente sin requerir otro tipo de cirugía. Estos casos sugieren que el cerclaje cervical es una excelente alternativa en pacientes con embarazos ectópicos cervicales, conservando el potencial reproductivo de las pacientes.

PALABRAS CLAVES: *Embarazo cervical, cerclaje cervical*

SUMMARY

We describe the cervical cerclage as an alternative of conservative treatment in the cervical ectopic pregnancy. Two cases of cervical ectopic pregnancy are described. Both cases corresponded to gestations smaller than seven weeks, diagnosis was done by means of transvaginal ultrasound. The cases were initially treated medically, but both patients presented severe bleeding during their evolution and cervical cerclage (McDonald type) was used for their control, evolving in favourable way without requiring another type of surgery. According to ours results the cervical cerclage can be considered an excellent choice in patients with cervical ectopic pregnancy, conserving the female reproductive potential.

KEY WORDS: *Cervical pregnancy, cervical cerclage*

INTRODUCCIÓN

El embarazo cervical (EC) corresponde a un inhabitual y peligroso tipo de embarazo ectópico. La incidencia es de 1 caso cada 1.000 a 18.000 gestaciones (1). El diagnóstico tardío retrasa el inicio del tratamiento, representa un riesgo vital y tiene entre los tratamientos tradicionales a la histerectomía (2). La mortalidad materna por embarazo ectópico cervical se ha reducido en los últimos años (0,6-1%) gracias al diagnóstico y tra-

tamiento precoz (3). La hemorragia masiva tiene una frecuencia cercana al 30% (4), potencialmente mortal, y requiere para su tratamiento procedimientos quirúrgicos de emergencia. Entre estos procedimientos podemos mencionar la histerec-tomía, el legrado cervical con taponamiento, el legrado cervical y prostaglandinas locales, la resección histeroscópica, las ligaduras vasculares, la embolización arterial, y el cerclaje cervical (5, 6, 7).

El objetivo de esta comunicación es presentar

nuestra experiencia en el manejo de esta patología en dos pacientes, en quienes para controlar el sangrado se utilizó el cerclaje cervical tipo McDonald.

Caso 1: Paciente de 32 años, multipara de 2 (1 parto vaginal y 1 cesárea). Consulta por metrorragia de regular cantidad, cursando gestación de 6+5 semanas de amenorrea. Al examen físico se observa el cuello uterino de aspecto normal, metrorragia escasa, y el útero ligeramente aumentado de tamaño al tacto vaginal. La ecografía transvaginal muestra saco gestacional de 14 mm, con embrión vivo de 9 mm, implantado en el cérvix (Figura 1). La sub unidad β HCG de ingreso fue de 31.939 mUI/ml. La paciente evolucionó con escaso sangrado. Se inicia tratamiento médico con metotrexato (MTX) 50 mg/m² IM. La sub unidad β HCG del cuarto día post MTX fue 40.892 mUI/ml y al séptimo día de 36.400 mUI/ml, representado un descenso inadecuado respecto del nivel inicial (8) por lo que se administra segunda dosis de 50 mg/m² IM. Un día después la paciente presenta un sangrado abundante por lo que se realiza legrado cervical de urgencia y cerclaje tipo McDonald para la hemostasia. La paciente evoluciona satisfactoriamente, y es dada de alta 48 horas post cerclaje. Los controles posteriores de la sub unidad β HCG presentaron un progresivo descenso, con un valor < 2 mUI/ml 15 días post cerclaje (Figura 2), y se retira la sutura cervical. Un año más tarde la paciente embaraza espontáneamente teniendo un parto vaginal de término.

Caso 2: Paciente de 40 años, primigesta, sin antecedentes mórbidos de importancia. Consulta

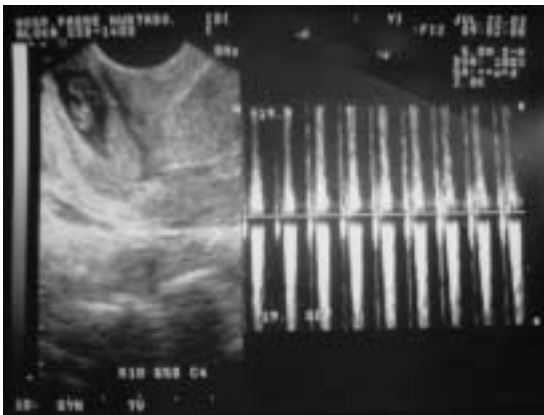


Figura 1. Imagen ecográfica de embarazo ectópico cervical con saco gestacional de 20 x 18 mm (caso 1).

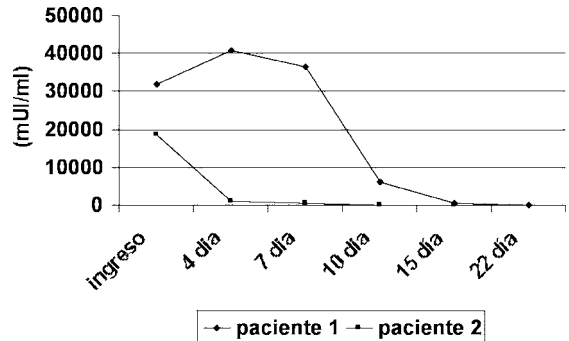


Figura 2. Evolución de la sub unidad β -HCG (mUI/ml) en ambas pacientes hasta su negativización.

por genitorragia de regular cantidad, cursando gestación de 7 semanas de amenorrea. Al examen de ingreso se observa cérvix entreabierto, metrorragia de moderada cantidad, útero ligeramente aumentado de tamaño al tacto vaginal, sin aumento de volumen cervical. La ecografía transvaginal muestra saco gestacional en cérvix, con embrión vivo de 10 mm (Figura 3). La paciente presenta a pocas horas de su ingreso con sangrado activo abundante, compromiso hemodinámico y anemia severa (hematocrito: 20%). Se decide legrado cervical y cerclaje tipo McDonald, que permite un adecuado control del sangrado cervical. La sub unidad β HCG de ingreso fue 18.500 mUI/ml, con descenso progresivo en controles a las 48 horas post cerclaje y posteriormente semanales, hasta 20 días post cirugía, alcanzando un valor < 2 mUI/ml (Figura 2). Se procede al retiro de la sutura cervical. La paciente evoluciona en buenas condiciones, sin deseo de gestación hasta el momento.



Figura 3. Imagen ecográfica de embarazo ectópico cervical con saco gestacional de 14 x 16 mm (caso 2).

DISCUSIÓN

El EC es una inhabitual forma de presentación del embarazo ectópico, y se asocia a una significativa morbilidad e importante compromiso de la fertilidad futura. Representa menos del 1% de todos los embarazos ectópicos. Se estima una incidencia de 1 en 1.000 a 18.000 embarazos. El diagnóstico del EC es generalmente tardío y muchas veces hecho en la sala de cirugía. El compromiso hemodinámico de la paciente puede llegar a requerir la histerectomía para su resolución hasta en 50% de los casos (9).

En 1978, Raskin reportó el primer diagnóstico ecográfico de EC (10). Desde entonces con la ayuda de la ecografía, el diagnóstico de los embarazos ectópicos cervicales ha sido en estadios más precoces del embarazo, permitiendo el uso de diversas alternativas para el tratamiento conservador.

Varios tipos de tratamiento han sido usados en el EC. Por muchos años la histerectomía fue el tratamiento de elección utilizado para controlar la hemorragia masiva y salvar la vida de la paciente. Con el desarrollo de modernas técnicas de diagnóstico este puede ser hecho en edades gestacionales más precoces, permitiendo un tratamiento conservador, entre estos podemos describir: quimioterapia, prostaglandinas, resección histeroscópica, ligadura de arterias hipogástricas, embolizaciones arteriales, inyecciones intraamnióticas y cerclaje cervical (5, 6, 7, 8, 9).

Scott et al en 1978, fueron los primeros en reportar la exitosa aplicación de un cerclaje cervical tipo Shirodkar para el tratamiento del embarazo ectópico cervical (11), el diagnóstico fue basado sólo en el examen físico, sin el empleo de ecografía. El procedimiento fue hecho de emergencia después de un curetaje cervical fallido y fue concomitante con el uso de un obturador intra-cervical. Bernstein et al en 1981 (12) también reportan este procedimiento, el diagnóstico fue hecho sin el uso de ecografía y el cerclaje utilizado fue tipo McDonald que fue instalado de emergencia como alternativa previa a la histerectomía. Mashiach et al en 2002 (13) reportan cuatro casos de embarazo ectópico cervical tratados exitosamente con cerclaje de Shirodkar, destaca que en tres de los casos las gestaciones se obtuvieron por medio de técnicas de reproducción asistidas, lo cual acentúa aún más la importancia del conservar el potencial fértil de estas pacientes, dejando a la histerectomía entre las últimas opciones de tratamiento. Similar relevancia tiene el trabajo de Davis et al quienes

ante el diagnóstico de un embarazo gemelar heterotópico, con un saco en cérvix y el otro en cavidad, dada la contraindicación para el uso de MTX, se opta por realizar un cerclaje cervical, logrando conservar el saco normo inserto (14).

Nuestras dos pacientes tratadas con esta técnica demuestran la importancia del uso de la ecografía transvaginal en el servicio de urgencia, haciendo posible el diagnóstico precoz, que permite optar por alternativas de tratamiento conservador, tal como el uso inicial de MTX. Ante el fracaso de este tipo de tratamiento se optó por realizar cerclaje tipo McDonald, con el fin de controlar el sangrado cervical, que fue exitoso en ambos casos. Creemos que esto es un hecho importante de destacar, ya que el cerclaje cervical en este tipo de patología grave, frecuentemente no es trasladable a otro servicio de mayor complejidad. Este procedimiento es posible de realizar por la mayoría de los gineco-obstetras de nuestro sistema de salud, independiente de su ubicación geográfica, permitiendo tanto preservar la vida de la paciente como su potencial reproductivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yankowitz J, Leake J, Huggins G *et al*. Cervical ectopic pregnancy. Review of literature and report of a case treated by single-dose methotrexate therapy. *Obstet Gynecol Survey* 1990; 45: 405-11.
2. Shinagawa S, Nagayama N. Induced abortion as a risk factor for cervical pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 143: 853-4.
3. Wolcott HD, Kaunitz AM, Nuss RC *et al*. Successful pregnancy after previous conservative treatment of an advanced cervical pregnancy. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 1023-5.
4. Ushakov FB, Elchelal U, Aceman P *et al*. Cervical pregnancy : Past and future. *Obstet Gynecol Surv* 1996; 52: 45-57.
5. Stovall TG, Ling FW, Smith WC *et al*. Successful non surgical treatment of cervical pregnancy with methotrexate. A case report. *J Reprod Med* 1989; 34: 496-8.
6. Ratten GJ. Cervical pregnancy treated by ligation of the descending branch of the uterine arteries: Case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90: 367-71.
7. Simon P, Donner C, Delcour C *et al*. Selective uterine artery embolization in the treatment of cervical pregnancy: Two cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1991; 40: 159-61.
8. Lipscomb GH, Stovall TG, Ling FW. Non surgical treatment of ectopic pregnancy. *N England J Med* 2000; 343(18): 1325-9.
9. Kung F, Chang S, Tsai Y *et al*. Subsequent reproduction and obstetric outcome after methotrexate treatment of cervical pregnancy: a review of original

- literature and international collaborative follow-up. *Hum Reprod* 1997; 12(3): 591-7.
10. Raskin M. Diagnosis of cervical pregnancy by ultrasound: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 130: 234-5.
 11. Scott J, Diggory P, Edelman P. Management of cervical pregnancy with circumsuture and intracevical obturator. *Br Med J* 1978; 1: 825-6.
 12. Berstein D, Holtzinger M, Ovadia Y *et al.* Conservative treatment of cervical pregnancy. *Obste. Gynecol* 1981; 58: 741-2.
 13. Mashiach S, Admon D, Zalel Y *et al.* Cervical Shirodkar cerclage may be treatment modality of choice for cervical pregnancy. *Hum Reprod* 2002; 17(2): 493-6.
 14. Davis D, Masson, McNeal A *et al.* Simultaneous intrauterine and cervical pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer in a patient with a history of previous cervical pregnancy. *Br J Obstet Gynecol* 1990; 97: 634-7.
-