



**ARTÍCULO CIENTÍFICO/ SCIENTIFIC PAPER**

MEDICINA

Volumen 3. Número 1. Enero - Junio 2016

ISSN 1390-910X

**EMBARAZO ECTOPICO CERVICAL.  
A PROPÓSITO DE UN CASO**

ECTOPIC CERVICAL PREGNANCY. A CASE REPORT.

**Montesinos Mosquera Cesar Rolando**

DOCTOR EN MEDICINA/ ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA  
/ HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA.

**Benalcázar Mosquera Jenny Elizabeth**

DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGIA / ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA, HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO ISIDRO AYORA

**Villamarín Rivadeneira Saskia Elizabeth**

DOCTORA EN MEDICINA Y CIRUGIA/ ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y  
OBSTETRICIA/ HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO NUEVA AURORA "LUZ  
ELENA ARISMENDI".

Autor para correspondencia: [jelizabethbm@yahoo.com](mailto:jelizabethbm@yahoo.com)

Manuscrito recibido el 11 de febrero del 2016

Aceptado, tras revisión el 16 de Mayo del 2016

**RESUMEN**

El embarazo ectópico cervical es la rara implantación de un embarazo en el conducto cervical. El embarazo ectópico cervical es excepcional, representa alrededor del 0.1% de todos los embarazos ectópicos. Se estima que su prevalencia es de 1:1800 a 1:2226 embarazos. Es una complicación obstétrica ya que el trofoblasto puede alcanzar los vasos uterinos, a través de la delgada pared cervical y provocar una hemorragia grave e incoercible que sin diagnóstico oportuno puede ser fatal y un gran limitante en la vida reproductiva futura. Las pacientes suelen presentar sangrado vaginal que puede ser profusa y es a menudo indolora. El diagnóstico se realiza mediante ecografía transvaginal. Criterios ecográficos incluyen un útero vacío, cérvix suave, desproporcionadamente grande, y

en forma de reloj de arena, un saco gestacional dentro del canal cervical con o sin actividad cardíaca, al Doppler el flujo sanguíneo peritrofoblastico en el cuello uterino y un “sliding sign” o “señal de deslizamiento” es ausente, es decir, el saco intracervical no se desliza a lo largo del canal cervical cuando se utiliza el transductor vaginal para aplicar una suave presión en el cuello uterino. Finalmente el saco tiene que estar por debajo del cayado de la arteria uterina. En la actualidad no existen criterios claros en la bibliografía que ayuden a la toma de decisiones. Se reporta un caso de embarazo cervical tratado con metotrexate y posterior histerectomía abdominal.

**Palabras claves** embarazo ectópico, embarazo ectópico cervical, histerectomía, ecografía, cérvix, hemorragia, aborto.

## ABSTRACT

The cervical ectopic pregnancy is the rare implantation of a pregnancy in the cervix duct. It is exceptional, representing around 0.1% of all ectopic pregnancies. It is estimated that its prevalence is 1:1800 to 1:2226 pregnancies. It is an obstetrical complication since the trophoblast can reach the uterine vessels through the thin cervical wall and it can cause a severe and incoercible hemorrhage, which without an early diagnosis can be fatal and a great limitation on future reproductive life.

Patients under this condition use to present vaginal bleeding which may be extreme and is often painless. The diagnosis is made by transvaginal ultrasound. Ultrasound criteria include: an empty uterus; soft, disproportionately large and hourglass shaped cervix; a gestational sack with or without cardiac activity inside the cervical duct; during Doppler Ultrasound there is an absence of peritrophoblastic blood flow and “sliding sign” in the cervix, which means, the intracervical sack does not slide along the cervical duct when the vaginal transducer is used to apply gentle pressure on the cervix.

Finally, the sack must be below the arc of the uterine artery. Nowadays, there are no clear criteria in the literature to aid decision making. One case of cervical pregnancy treated with methotrexate and posterior abdominal hysterectomy is reported.

**Key words:** ectopic pregnancy, cervical pregnancy, hysterectomy, ultrasound, cervix, hemorrhage, abortion.

## INTRODUCCIÓN

Los embarazos cervicales son extremadamente raros, representan alrededor de 0.1% de todos los embarazos ectópicos. La incidencia se estima en 1: 2500 a 1: 98,000 embarazos. El embarazo ectópico cervical es una com-

plicación excepcional.(1) Diagnosticado ecográficamente por primera vez en 1978.(2)

El embarazo cervical se produce por una inadecuada implantación del trofoblasto en el canal cervical, que no po-

see capa media plexiforme no se contrae y el control de los sangrados se dificulta, representando una verdadera urgencia obstétrica (3) (4) La implantación cervical puede desarrollarse de tres maneras: (figura 1)

1. El saco gestacional puede crecer hacia el orificio cervical externo y la interrupción puede simular una menstruación anormal.
2. El saco gestacional puede alcanzar la cavidad uterina con una evolución normal del embarazo, aun

cuando la placenta esté implantada en el orificio cervical interno.

3. El saco gestacional ectópico puede desarrollarse completamente en el canal cervical y producir una catástrofe obstétrica.(5) (6)

Respecto a su etiología, la misma permanece no del todo conocida. (7) Entre los principales factores de riesgo están las cirugías uterinas previas, esterilidad, tabaco, embarazo ectópico previo, patología tubárica, dispositivo intrauterino y enfermedad inflamatoria pélvica (8) (9) (10).

Figura 1. Sitios de implantación de embarazo ectópico

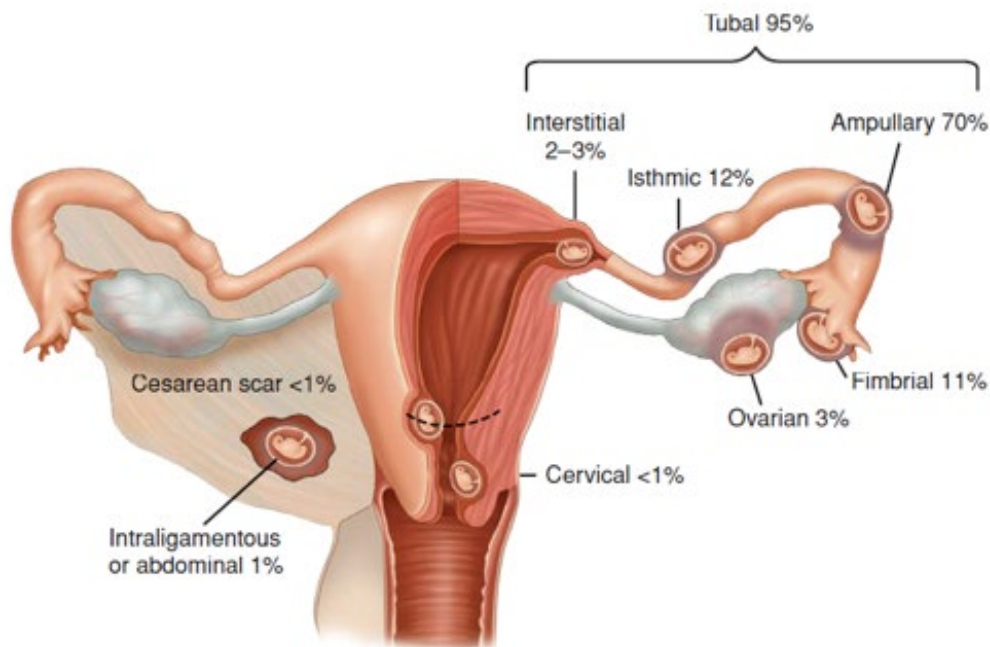


Figura 1. Sites of implantation of 1800 ectopic pregnancies from a 10-year population-based study. (Data from Callen, 2000; Bouyer, 2003.) Tomado de Obstetric Wiliams 24th edition.

Cuadro clínico característico del embarazo ectópico cervical, presenta inicialmente sangrado, con o sin dolores de distinta intensidad espontáneamente o provocados por el coito o tacto vaginal. (11) Al examen físico se observa cuello largo, blando, globoso, con el orificio cervical externo entreabierto, útero levemente aumentado de volumen,

pero menor al esperado para el periodo de amenorrea presentado, el útero va adquiriendo forma de reloj de arena y el orificio externo se entreabre. (11) (12) Al examen especular el embarazo cervical puede ser confundido con neoplasia cervical, debido a la vascularización aumentada y al aspecto friable del cuello uterino. (11)

En la actualidad, el diagnóstico de EE se realiza, en la mayoría de los casos, por el empleo de la ecografía transvaginal, la dosificación en sangre de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -hCG) y el empleo de laparoscopia diagnóstica (13) (14). Estas pacientes con EE tienen elevado riesgo de presentar complicaciones tales como placenta acreta, perforación y hemorragia uterina. (15)

### CASO CLÍNICO

Paciente de 36 años, antecedentes gineco obstétricos: menarquia: 14 años, ciclos menstruales regulares cada 28 días por 4 días, inicio de vida sexual: 16 años, compañeros sexuales: 2, método de planificación familiar: Dispositivo intrauterino por un año, Gestas (G):3, G1: femenino, 12 años sin complicaciones. G2: femenino 9 años sin complicaciones. G3: actual. FUM: 21-junio-2010, edad gestacional: 12 semanas

APP: No refiere  
AQX: cesárea hace 9 años  
APF: No refiere

**EMERGENCIA:** 13/09/10 Paciente que acude por dolor abdominal de 18 horas de evolución tipo cólico, localizado en hipogastrio irradiado a región lumbosacra, acompañado de secreción vaginal achocolatada. TA: 120/70, FC:71, T: 36.2 RIG: abundante secreción vaginal. TV: cérvix cerrado posterior, reblandecido, útero en AVF 1.3x consistencia firme, movilidad conservada, anexos no palpables. BHCG: 8404 mUI, Hb: 16.1, HCTO: 43.4, Bilirrubina total: 3,15, Bilirrubina indirecta: 2.54, Bilirrubina directa: 0.62, Creatinina: 0.8 mg/dl, TP: 11, TTP: 29. ECOGRAFIA reporta: (figura 2) Saco gestacional 34 mm, actividad cardíaca negativa, EG: 7 semanas. Comentario: saco gestacional de localización en tercio superior del cuello uterino. DG. EMBARAZO CERVICAL.

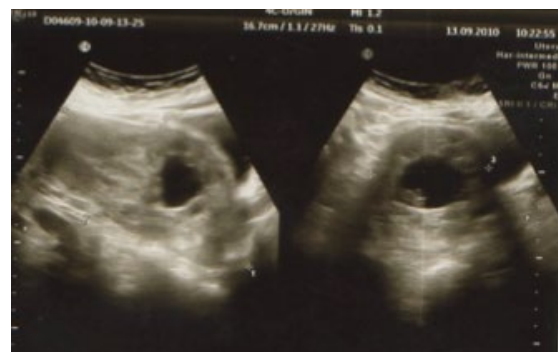


Figura 2. Ecografía transvaginal: observa saco gestacional en el cervix  
Fuente: Historia Clínica HGOIA, 2010 – Realizada por Servicio de Ecografía

**PLAN:** Considerando por clínica y por exámenes de laboratorio e imagen un diagnóstico de embarazo ectópico cervical se decide tratamiento conservador con metotrexate, 1 mg/kg diluido en 2 cc de SS 0.9% en dosis única intramuscular, 74 mg, y ácido fólico 5 mg cada 12 horas vía oral. En vista de que el cuadro de sangrado continua se considera el caso y se lo cataloga

como un embarazo de implantación baja se decide realizar maduración cervical con misoprostol 200 mcg por 2 dosis.

El 15 de septiembre del 2010. En quirófano, la paciente con diagnóstico de aborto diferido, se realiza legrado instrumental, durante la intervención (legrado) se produce un sangrado in-

coercible, se decide pasar a quirófano inmediatamente para realizar una Laparotomía Exploratoria.

### **NOTA POSQUIRÚRGICA**

Diagnóstico preoperatorio: embarazo ectópico cervical

Diagnóstico postoperatorio: embarazo ectópico cervical

Cirugía realizada: Histerectomía abdominal total Hallazgos:

1. Presencia de cicatriz media de cirugía anterior.
2. Útero pequeño, regular en AVF.
3. Presencia de embarazo ectópico cervical, con cervix de gran tamaño con coloración violácea.
4. Anexos macroscópicamente normales.
5. Sangrado 500cc
6. Diuresis, 350 cc, orina clara
7. Complicaciones, ninguna.

Anestesiología indica transfusión de 3 paquetes globulares.

16/09/10. Biometría de control Hb: 8.5% Hcto: 24.5, Plaquetas: 140000 18 de septiembre. Paciente evoluciona favorablemente es dada de alta con

antinflamatorios, hierro y antibioticoterapia (cefalexina). Paciente egresa en buenas condiciones generales.

### **Informe de Histopatología: 1.**

Macroscópico: Se reciben fragmentos membranosos, con coagulo hemático hacen un volumen aproximado de 5 cc. Diagnóstico: Restos corioplacentarios. Deciduitis.

### **Informe de Histopatología: 2.**

Macroscópico: Útero sin anexos que pesa 200 gramos, cuerpo mide 7x5x3cm y el cuello 7x6x5 cm, superficie lisa, violácea a nivel de cervix presencia de masa que deforma el orificio exocervical transversal de 0.8 cm, mucosa nacarada erosiva, al corte canal endocervical ocupado por saco gestacional, coagulos hemáticos que alcanzan la serosa que miden de 5x5 cm, que deforman la cara anterior, cavidad endometrial triangular centrada que mide 3,5 x 2 cm, endometrio de 0.1 cm, miometrio 2.6 cm, con áreas quísticas con contenido mucoide. (figura 3) Se procesan cortes representativos.



Figura 3. Pieza anatomopatológica: útero y embarazo ectópico cervical Fuente: Historia Clínica HGOIA, 2010 – Realizada por Servicio de Histopatología.

Diagnóstico: Embarazo ectópico cervical. Acretismo placentario, placenta percreta, endometrio hipersecretor, epidermización de epitelio cervical.

## DISCUSIÓN

Ante la sospecha clínica, los factores de riesgo y las concentraciones séricas de la  $\beta$ -hCG, es muy importante que se realice en forma minuciosa y completa una evaluación ecográfica abdominopélvica y transvaginal, de los ovarios, la pelvis y la parte superior de abdomen. (16)

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico y se complementa con pruebas de cuantificación de la  $\beta$ -hCG y la ecografía transvaginal, que detectan el embarazo ectópico con una sensibilidad del 97% y una especificidad del 95%.<sup>8</sup>

La ecografía nos da el diagnóstico según los criterios de clasificación ultrasonográfica de embarazo cervical "Criterios de Ushakov", que son los siguientes (17)

1. Saco gestacional en el endocérnix.
2. Presencia de una parte del canal

intacto, entre el saco y el Orificio Cervical Interno (OCI).

3. Invasión local del tejido endocervical por el trofoblasto.
4. Visualización de estructuras embrionarias o fetales en el saco gestacional ectópico y especialmente la demostración de actividad cardíaca.
5. Cavity uterina vacía.
6. Desidualización endometrial.
7. Útero en reloj de arena.
8. Observación con Doppler color, del flujo arterial del peritrofoblasto intracervical.
9. Presencia del saco gestacional por debajo del cayado de las arterias uterinas.

Las opciones de manejo del EEC presentan un rango desde el uso de tratamientos médicos conservadores hasta la aplicación de la cirugía radical<sup>18</sup>. El suceso global del manejo conservador es del orden del 95%, aunque un 21% de las pacientes necesitan de algún otro procedimiento adicional para el control de la hemorragia.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Perales-Puchalt A, Diago VJ, Plana A, Perales-Marín A. Embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea previa. Caso clínico. *Clin Invest Gin Obst* 2011;38:65-67.
- 2.- Raskin MM. Diagnosis of cervical pregnancy by ultrasound. A case report. *Am J Obstet Gynecol.* 1978;130:234—5.
- 3.- Porcile A, San-Martín. Embarazo ectópico o ectociesis. *Ginecol Obstet Chile* 1999:1-9.
4. Timor-Trisch I, Monteagudo A, Mandeville E, Peisner D, Parra-Anaya G, Pirrone E. Successful management of viable cervical pregnancy by local injection of methotrexate guided by transvaginal ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol* 1994;49: 169-185.
- 5.- Estiu MC, Nemer C, Perone C, Campos-Flores J, Falgucira A, Juncas C, et al. Tratamiento conservador del embarazo ectópico cervical. *Rev Hosp Mat Infant Ramon Sarda* 1999;18(1):36 -39.
- 6.- Edith Calderón Lozano, Bernardo Badillo García. Embarazo ectópico cervical. Informe de un caso. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (6): 513-516.
- 7.- Enríquez B, Fuentes L, Gutiérrez N, León M. Clínica y nuevas tecnologías diagnósticas en el embarazo ectópico. *Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet].* 2003 sep-dic [citado 5 mayo 2013];29(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/gin/indice.html>.
- 8.- Suy-Franch A, Cabero-Roura L. Patología de la primera mitad (II): Embarazo ectópico. En: Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E, editores. *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal.* Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2007. p.531-4
- 9.- Pandolfi E, Freitas F, Sabino J, Cintra A. Gestaçao ectópica. En: Freitas F, Martins S, Lopes J, Magalhaes J, editores. *Rotinas em Obstetricia.* 4ª ed. São Paulo: editora Artmed; 2001. p.568-72.
- 10.- Ferrando Serrano M, Romeu Villarroya M, Valero Domínguez, Jordá Cuevas M, Perales Marín A. Embarazo ectópico ovárico:a propósito de un caso. *Clin Invest Gin Obst* 2008;35:187 9. [Google Scholar]
11. Sociedad de ginecología de Minas Gerais. *Manual de ginecología y obstetricia.* 5ª ed. Belo Horizonte: Editorial de cultura médica, CooPmed; 2012.
- 12.- Lenir M, Lourenco N. Gravidez Ectópica. En: Lenir M, Lourenco N, editores. *Tratado de Obstetricia FEBRESAG.* Rio de Janeiro: Editorial Revinter Ltda; 2000. p.445-50.
- 13.- Martín RM, Raga F, Martín V, Bonilla- Musoles F. Gestación ectópica: evolución diagnóstica y terapéutica en la última década. *Clin Invest Gin Obst* 2007;34: 168-75. [Google Scholar]
- 14.- Rodríguez-Oliver A, Fernández-Parra J, Puertas A, Montoya F. Embarazo ectópico tubárico: resultados del tratamiento médico con metotrexato. *Clin Invest Gin Obst* 2004;31:150-3. [Google Scholar]
- 15.- Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2002;57: 537-43. [PubMed] [Google Scholar].
- 16.- Mondragón-Alcocer HL, Velázquez- Cornejo G, Zamora-Ramírez ML. Embarazo ectópico abdominal primario. *Rev Mex Reprod* 2011; 3: 133-7 [Google Scholar]
- 17.- Cifuentes J, Martínez J, Cabrera C, Spichiger O, Farías G, Restovic J, et al. Embarazo cervical: una decisión difícil de tomar. *Rev Chil Ultrasonog.* 2006;9(1):10-2.