

## Embarazo Ectópico Cervical: Reporte de Caso

### Cervical Ectopic Pregnancy: Case Report

Rocio Condori Bustillos<sup>1</sup>, Jesica Sonia Condori Pérez<sup>2</sup>

**Palabras clave:** Embarazo ectópico cervical, ultrasonografía.

**Keywords:** Cervical ectopic pregnancy, ultrasonography.

#### DESCRIPCIÓN DE LA IMAGEN

Se entiende al embarazo ectópico a la nidación y desarrollo del huevo fuera de la cavidad uterina<sup>1</sup>. En la mayoría de los casos la localización es tubárica (95 %), pero puede ser extratubárica (1,7 %): Representando el ectópico cervical una patología muy rara (0,07 a 0,1 %) <sup>2,3</sup>.

El embarazo cervical representa una urgencia obstétrica, debido a la implantación del trofoblasto en una región que posee en escasa cantidad de tejido muscular, lo cual no produce contracción del tejido para cerrar los vasos y lograr el control de los sangrados<sup>3</sup>, constituyendo un factor de riesgo para las mujeres gestantes<sup>3</sup>.

Con una clínica caracterizada por: dolor abdominal, retraso menstrual, metrorragia, masa palpable en anexos, b-HCG (subunidad beta-Gonadotropina coriónica humana) disminuida para la edad gestacional; se presenta el caso de:

una paciente de 34 años, multipara (4 Gestaciones, 2 Partos, 1 Cesárea, 1 aborto). Con metrorragia de regular cantidad y dolor a la palpación superficial y profunda en región lumbar y pélvica, con embarazo +/- 11 semanas por FUM y B-HCG inadecuada para la edad gestacional.

Se observa en ecografía: cuerpo uterino pequeño, contiguo al orificio cervical interno, tumoración redondeada con múltiples ecos a su alrededor y embrión de 35 mm sin latido cardíaco (**Figuras 1 y 2**).

Se inicia tratamiento médico con metotrexato: 50 mg/m2 intramuscular y ácido fólico, después de 3 bolos se realizó legrado cervical. Con evolución favorable y sin complicaciones a dar de alta a la paciente.

Los criterios ecográficos que ayudan al diagnóstico son<sup>2,3,4</sup>:

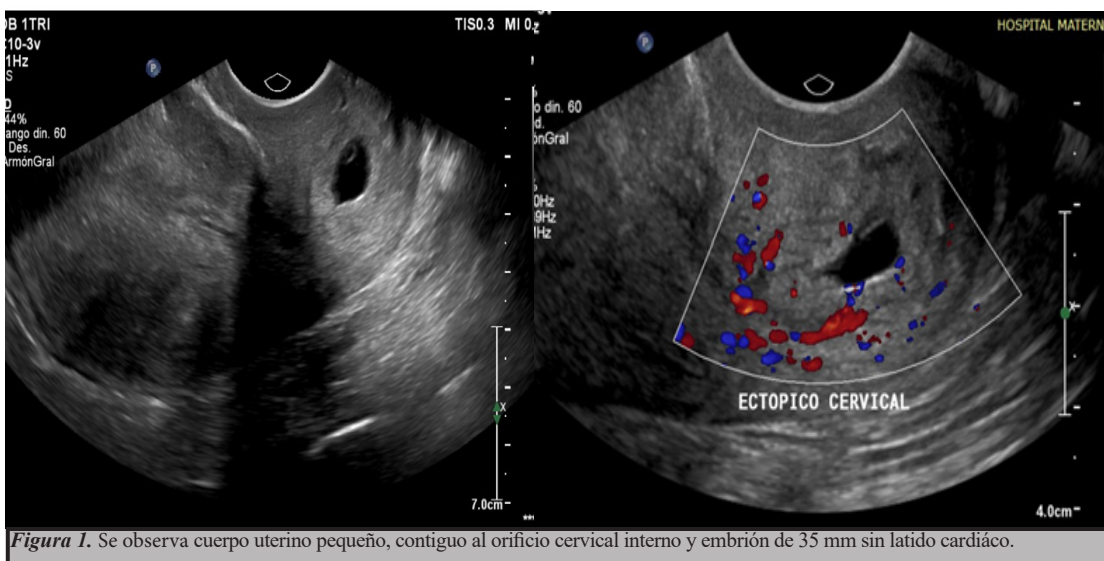


Figura 1. Se observa cuerpo uterino pequeño, contiguo al orificio cervical interno y embrión de 35 mm sin latido cardíaco.

<sup>1</sup> Estudiante Interno de Facultad de Medicina Dr. Aurelio Melean, Universidad Mayor de San Simón, Cochabamba-Bolivia

**Asesor:** Dr. Juan José Peñaloza Valenzuela - Servicio de Ecografía del Hospital Maternológico Infantil German Urquidi - 2016

**Correspondencia a:**  
Rocio Condori Bustillos

**E-Mail:**  
rocio\_all\_right@hotmail.com  
+591 60373282

**Recibido:**  
20 de marzo de 2017

**Aceptado:**  
14 de mayo de 2017

**Publicado:**  
30 de junio de 2017

scientificu.umsa.bo

**Fuente de Financiamiento**  
Autofinanciado

**Conflicto de Intereses**  
Los autores declaran no tener conflictos de interés en la realización de este manuscrito.

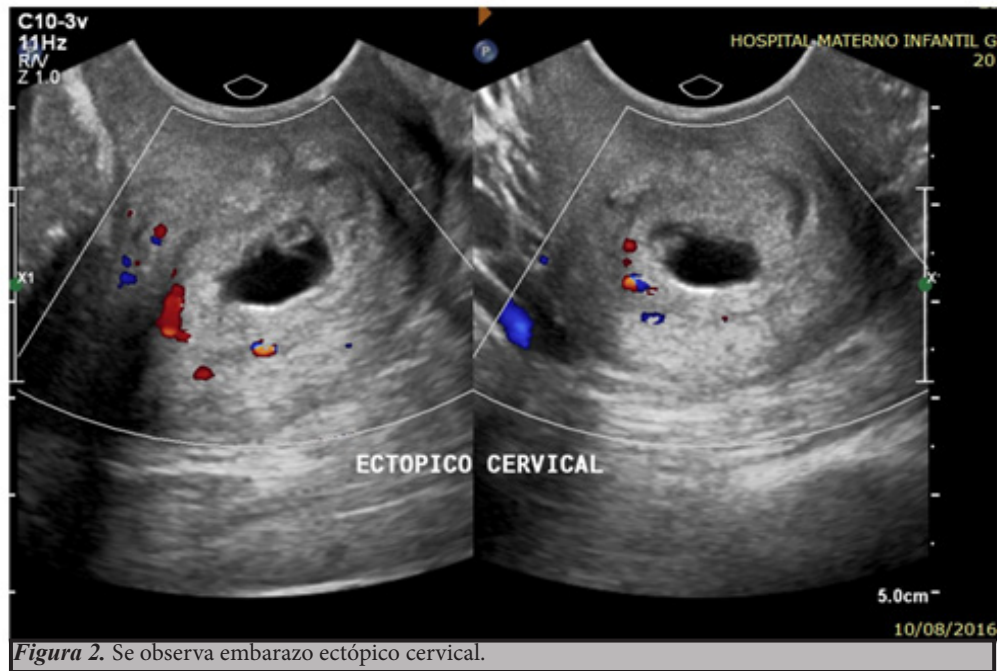


Figura 2. Se observa embarazo ectópico cervical.

1. Cavidad endometrial libre o con escasa reacción decidual
2. Forma del útero en reloj de arena
3. Ausencia del signo deslizante (cuando se aplica presión al cuello uterino con la sonda, el saco gestacional se desliza contra el canal endocervical en un aborto involuntario, pero no en un embarazo cervical implantado)
4. Conducto cervical globoso.
5. Saco gestacional en el endocérvix.
6. Vascularización periférica; a diferencia del aborto, en el cual no existe.

Por el riesgo de hemorragia uterina incoercible, el legrado uterino como recurso quirúrgico generalmente está proscrito<sup>3</sup>. Sin embargo, también existen otras alternativas más conservadoras, como el uso del metotrexate y ácido folínico, el cual solo se practica cuando el embarazo es menor a 6 semanas, saco gestacional no mayor a 4 cm, b-HCG menor a 15.000 UI (Unidades internacionales) y el embrión está muerto<sup>1</sup>.

Entre otras alternativas dentro del manejo conservador (antes de llegar a una histerectomía), en la actualidad, tenemos:

Ligadura de arterias hipogástricas, embolización de arterias uterinas, colocación de balón de Bacry o sonda vesical, cerclaje entre otros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Las hemorragias durante el embarazo. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6° Ed Buenos Aires: El ateneo. 2005. . Capítulo 8: Embarazo patológico. Pag: 215-20

<sup>2</sup> Meraz M, Porras H. Signos Ecográficos del embarazo ectópico. Rev Mex de ultrasonido en Med. 2013;3(17):9-13 Acceso: 20 de septiembre de 2017. Disponible en:[http://www.amusem.org.mx/Revistas/revista\\_amusem\\_17.pdf](http://www.amusem.org.mx/Revistas/revista_amusem_17.pdf)

<sup>3</sup> Capote R, Lourdes Carrillo L, Guzmán R, Varona J, y Mohamed M. Embarazo ectópico cervical: Presentación de un caso. Rev Cub Obstet Ginecol . 2007; 33(1):0-0 Acceso 25 de septiembre de 2016. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2007000100002&lng=es&nm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2007000100002&lng=es&nm=iso)>. ISSN 1561-3062

<sup>4</sup> Kirk E, Condous G, Zaider H, Syed A, Ojha K, Bourne T. The conservative management of cervical ectopic pregnancies. Ultrasound Obstet Gynecol. 2006; 27: 430-437. doi:10.1002/uog.2693. Acceso: 19 de febrero de 2017 Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.2693/full>