

# “EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL, HALLAZGOS EN ECOGRAFÍA Y RESONANCIA MAGNÉTICA”

Samira Nader <sup>1</sup>, Silvia Giménez <sup>2</sup>, Marco Bonilha <sup>2</sup>, Juan Sardi <sup>3</sup>, Teresa  
Adriana García <sup>4</sup>, Diego Sáez <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Fellowship Área de la Mujer del Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Británico.

<sup>2</sup> Staff del Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Británico.

<sup>3</sup> Staff del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Británico.

<sup>4</sup> Jefa del Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Británico.

No presentamos conflictos de intereses.

Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: samiranader@hotmail.com

# OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Mencionar los factores predisponentes del embarazo ectópico de localización cervical.
- Describir los hallazgos ecográficos y en resonancia magnética del embarazo ectópico cervical.

## REVISIÓN DE TEMA

- El embarazo ectópico cervical es una forma rara de gestación ectópica en la cual el óvulo fertilizado se implanta en el canal endocervical debajo del orificio cervical interno.
- Ocurre en menos del 1% de los embarazos presentando una incidencia estimada de 1:2500 a 1:18.000 pudiendo presentar una alta tasa de morbimortalidad debido a la aparición de cuadros hemorrágicos.
- Aunque su etiología es desconocida, se ha encontrado el antecedente de **manipulación cervical** como es el caso de legrados o cirugías previas **en hasta un 70% de las pacientes**.
- Otros factores, como el tabaquismo, el embarazo ectópico previo, el uso de DIU o técnicas de reproducción asistida, favorecen este cuadro de presentación.

# REVISIÓN DE TEMA

- La manifestación clínica más frecuente es la **metrorragia indolora del primer trimestre**, siendo variable la cantidad del sangrado durante la gestación, o bien, desarrollarse la misma en el transcurso de un legrado, condición que por su gravedad puede llegar a condicionar una histerectomía de urgencia.
- Otro item de importancia es **investigar signos de acretismo placentario** dado que esta condición puede asociarse con un embarazo ectópico cervical.

- El **diagnóstico** se basa en la ecografía transvaginal, a través de la **visualización directa del saco gestacional implantado en el cérvix**.
- La **dificultad diagnóstica** por este método, puede surgir **cuando existe el antecedente de una cirugía uterina previa**, en discernir si se trata de una gestación ectópica cervical o si el embarazo asienta sobre la cicatriz de la cesárea anterior.

Para diferenciar estas dos entidades, recurrimos a la **valoración de la situación del saco con respecto al orificio cervical interno y las características del miometrio**.

# REVISIÓN DE TEMA

*En el embarazo ectópico cervical, la placenta y el saco coriónico se sitúan enteros por debajo del orificio cervical interno y el miometrio no se observa modificado.*

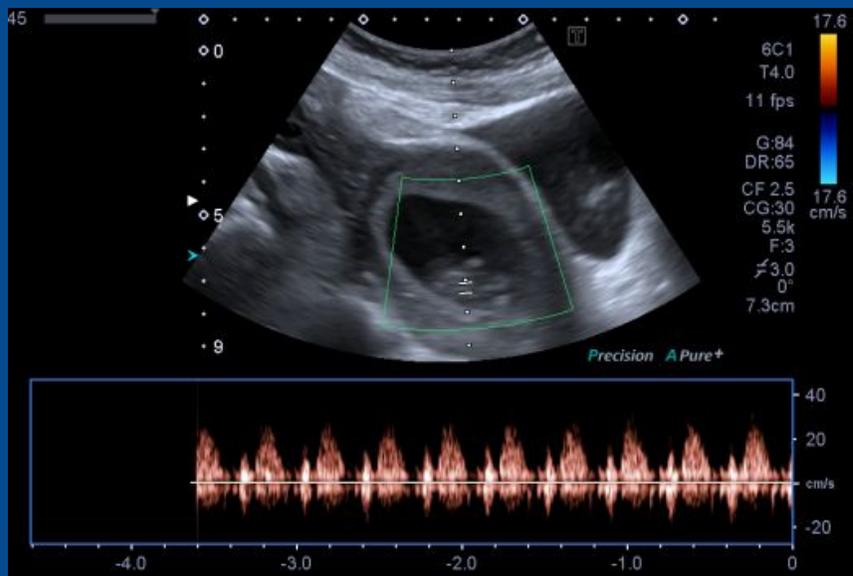
- En el embarazo ectópico ubicado sobre la cicatriz de una cesárea previa, el saco gestacional está localizado anterior al nivel del orificio cervical interno, ocupando parte del segmento uterino y el miometrio está adelgazado o incluso ausente.
  - El **examen con Doppler-color** evidenciará en los 2 casos una **rica vascularización coriónica**, con vasos de baja resistencia y alta velocidad de flujo.
- 
- El número de cesáreas previas aumenta el riesgo de gestación ectópica cervical, debido a que la creciente fibrosis de la zona, junto con la deficiente vascularización, dificulta la reparación completa de la herida quirúrgica.
  - Una técnica complementaria para la localización del embarazo ectópico es la resonancia magnética, que nos permite evaluar también el estado de la cicatriz uterina.
  - El diagnóstico confirmatorio siempre será el estudio anatomopatológico.

# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

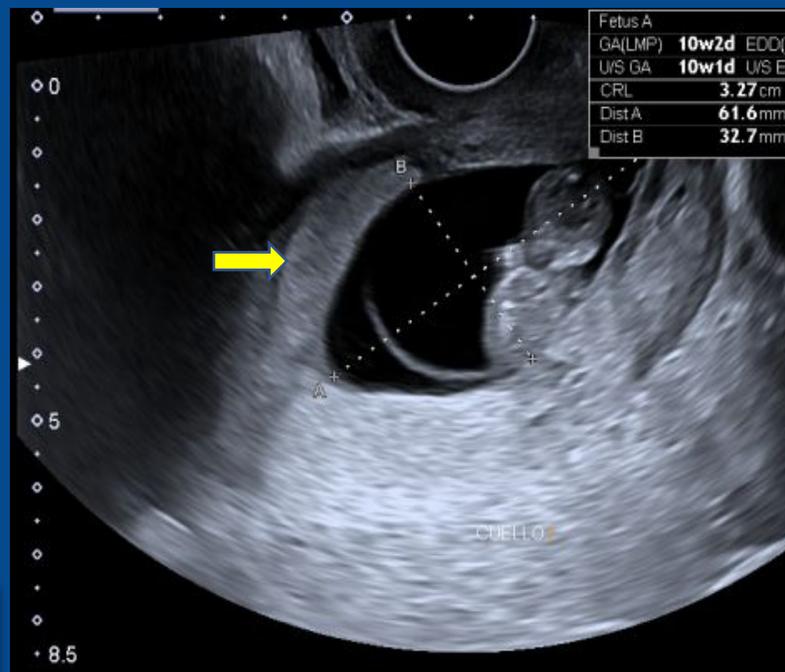
**Paciente de 42 años**, G2Ab1E1, consulta por ginecorragia en contexto de amenorrea inicial de 10 semanas. Antecedente clínico de HTA. Presenta un **embarazo ectópico cervical de 10 semanas y 1 día**.



**Fig. 1.** Ecografía abdominal, corte longitudinal. Útero de configuración en "reloj arena", con balonamiento del canal cervical que contiene un saco gestacional, con un embrión de 32 mm de longitud correspondiente a 10 semanas de gestación.



**Fig. 2.** Ecografía abdominal Doppler color, corte longitudinal, muestra embrión vital con ritmo cardiaco normal.



**Fig. 3.** Ecografía transvaginal, corte longitudinal. Se constata cérvix dilatado conteniendo un saco gestacional, con un embrión vital de 10 semanas de edad gestacional. La flecha amarilla señala la placenta.

# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

## Paciente anterior

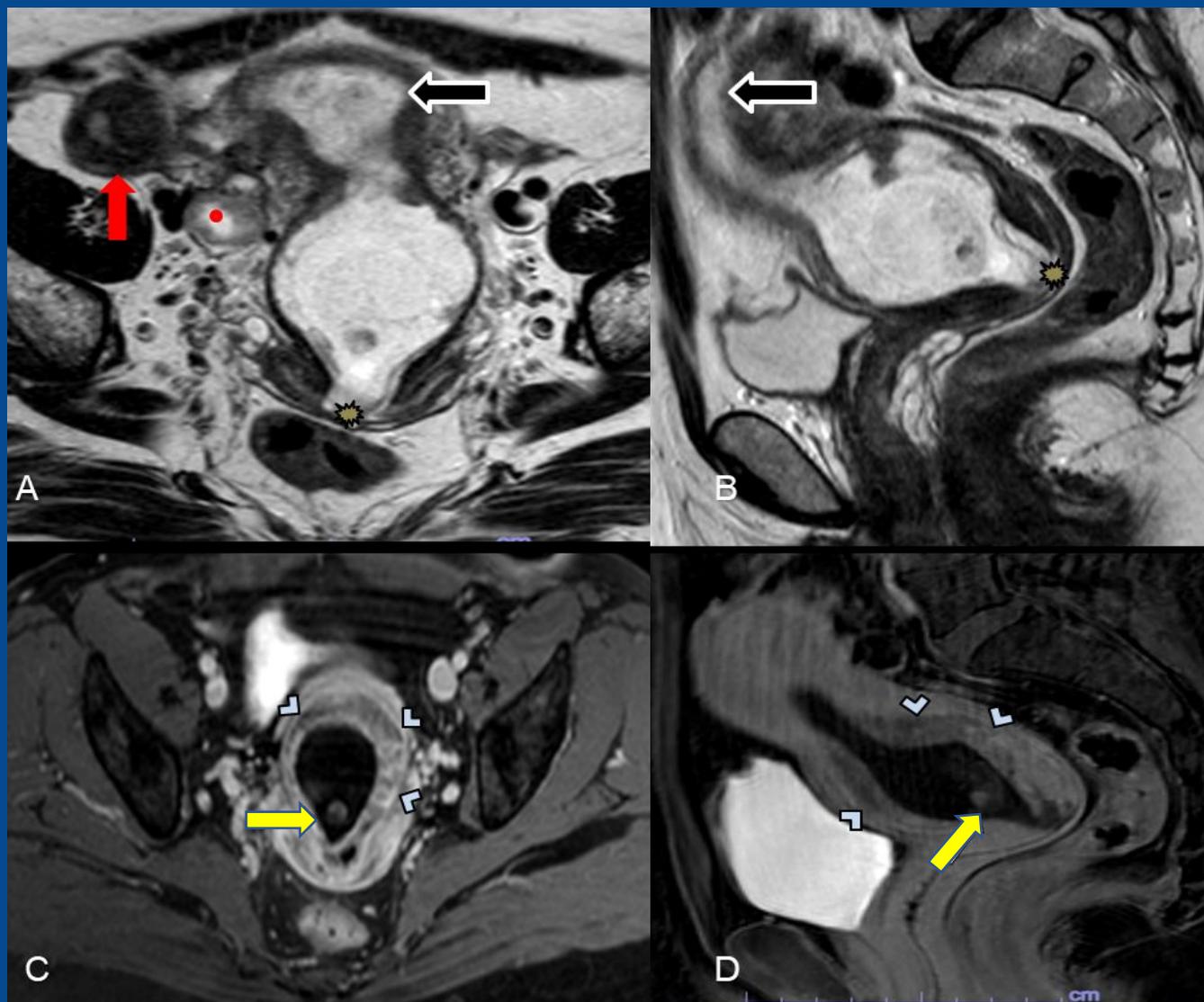
**Fig. 4. RM de pelvis del caso anterior.** Imágenes T2W cortes axial (A) y sagital (B), y T1W con supresión de la grasa post contraste endovenoso, cortes axial (C) y sagital (D).

Útero en anteversoflexión, aumentado de tamaño con una cavidad endometrial fúndica corporal de 12 mm (flechas negras), y un **canal endocervical ocupado por una imagen líquida con contenido heterogéneo**, cuyo extremo inferior **se proyecta sobre el OCE** encontrándose el mismo **abierto**.

Se observa un **realce periférico al saco gestacional por la reacción decidual** (cabezas de flechas), y **realce de las estructuras internas (polo embrionario** señalado con flechas amarillas).

La flecha roja señala en A un núcleo miomatoso fúndico derecho, subseroso y pediculado; y con punto rojo se señala un cuerpo lúteo en ovario derecho.

Tratamiento: metrotrexate por vía parenteral e intrasacular.



# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

**Paciente de 44 años, G2Ab1, con fertilización in vitro (transferencia embrionaria de 5 días). Presenta un embarazo ectópico cervical de 8 semanas y 6 días. Asintomática.**



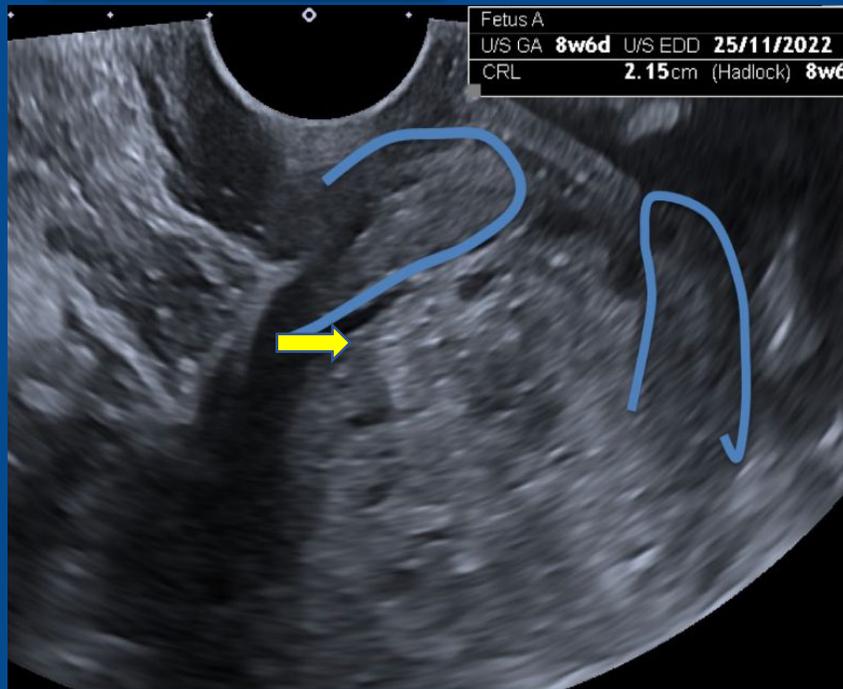
**Fig. 5.** Ecografía abdominal, corte longitudinal. Útero con configuración en "reloj de arena" (trazo rojo), con balonamiento cervical por implantación de un saco gestacional.



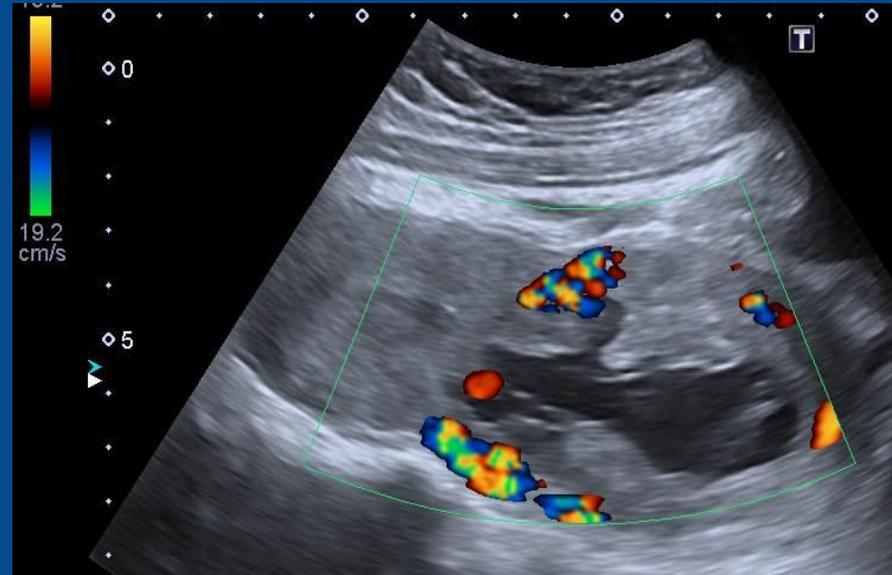
**Fig. 6.** Ecografía transvaginal, corte longitudinal. Saco gestacional de localización cervical, con un embrión de 21 mm de longitud, correspondiente a 8 semanas y 6 días de edad gestacional.

# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

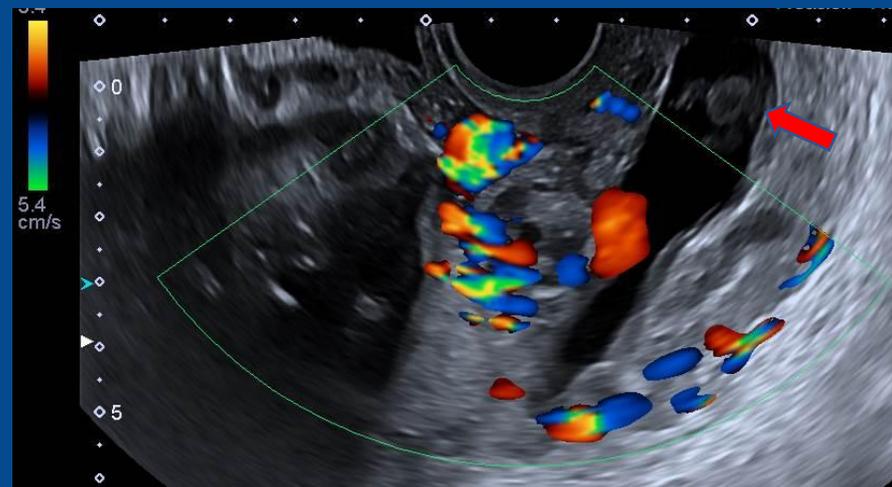
Paciente anterior



**Fig. 7.** Ecografía transvaginal, corte longitudinal. Se identifica orificio cervical externo abierto con protrusión de la placenta (labios cervicales en trazo celeste; la flecha amarilla señala a la placenta).



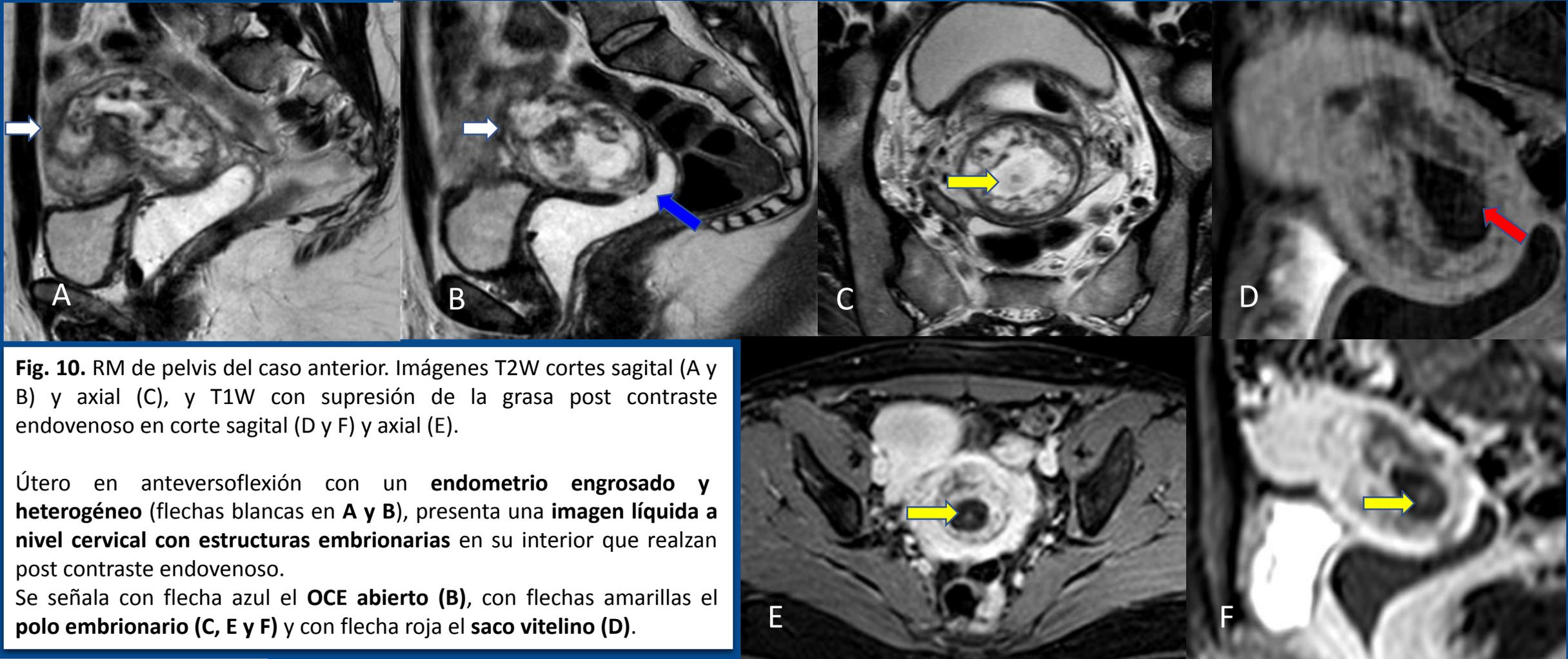
**Fig. 8.** Ecografía abdominal Doppler color, corte longitudinal. Se visualiza la vascularización de la placenta localizada a nivel cervical.



**Fig. 9.** Ecografía transvaginal Doppler color, corte longitudinal. Placenta ubicada en pared anterior con múltiples lagos venosos. Hallazgos sugestivos de adherencia placentaria. La flecha roja señala las estructuras embrionarias en ubicación cervical.

# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

Paciente anterior



**Fig. 10.** RM de pelvis del caso anterior. Imágenes T2W cortes sagital (A y B) y axial (C), y T1W con supresión de la grasa post contraste endovenoso en corte sagital (D y F) y axial (E).

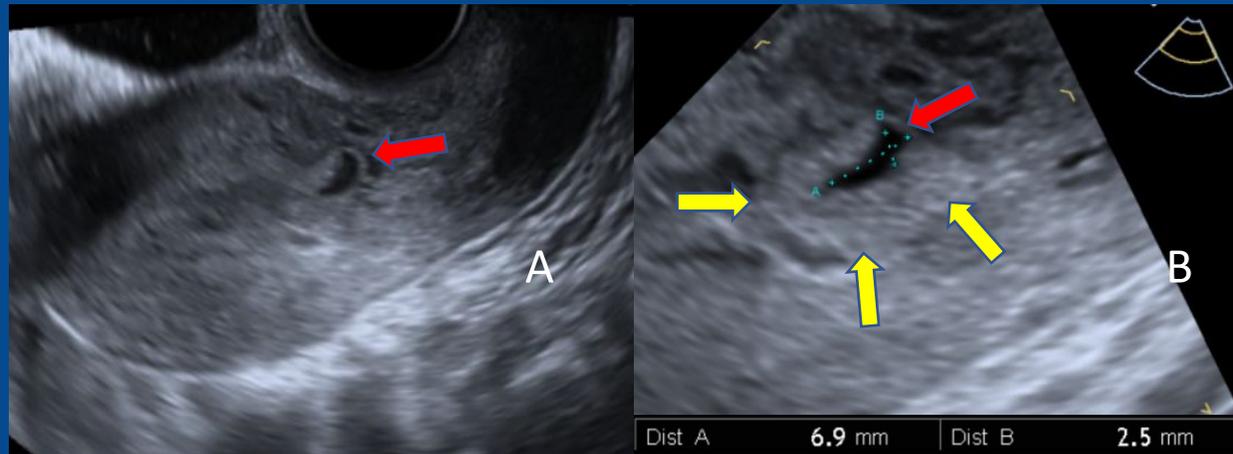
Útero en anteversoflexión con un **endometrio engrosado y heterogéneo** (flechas blancas en **A y B**), presenta una **imagen líquida a nivel cervical con estructuras embrionarias** en su interior que realzan post contraste endovenoso.

Se señala con flecha azul el **OCE abierto (B)**, con flechas amarillas el **polo embrionario (C, E y F)** y con flecha roja el **saco vitelino (D)**.

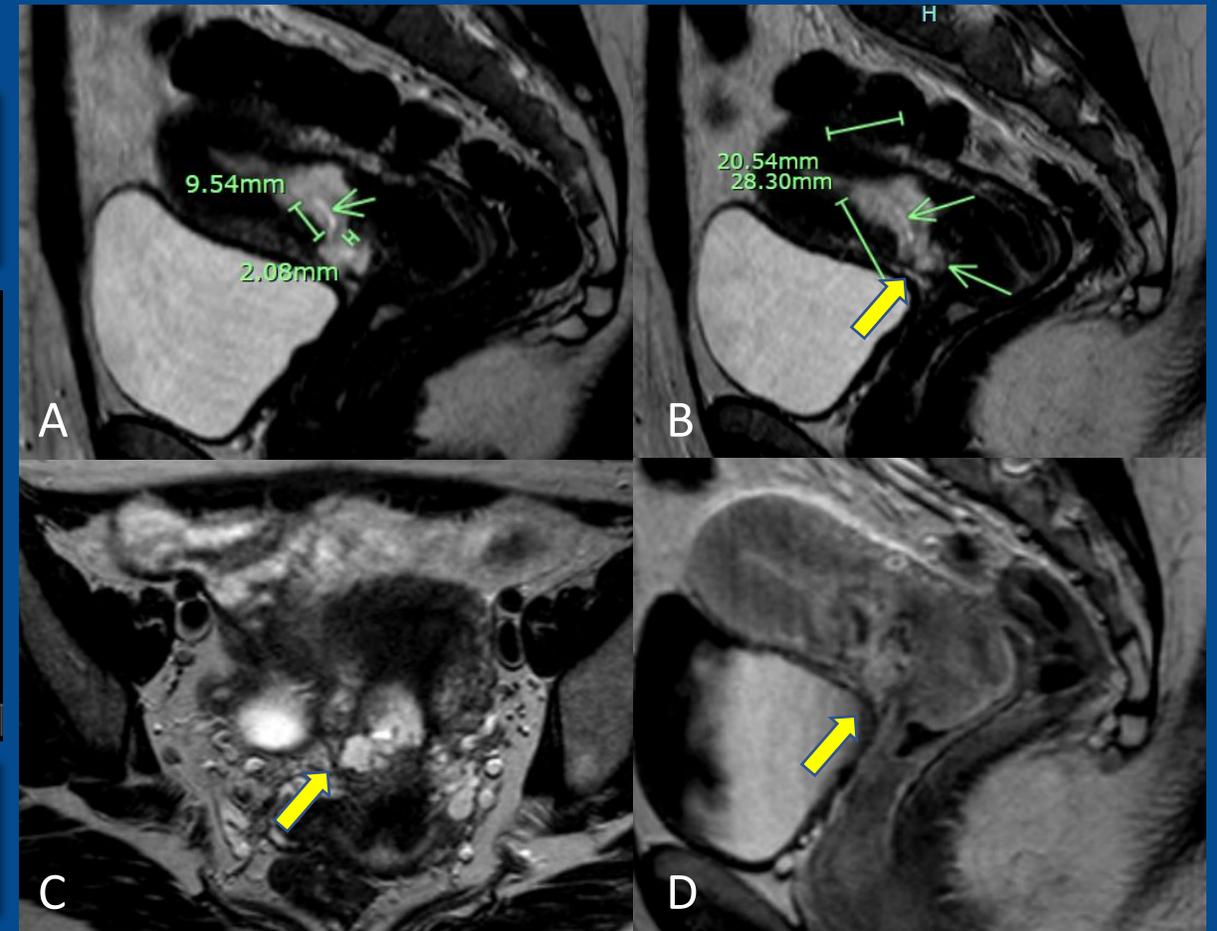
Tratamiento: metotrexate por vía parenteral e intrasacular.

# HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

Paciente de 25 años, G2C1, con amenorrea de 6 semanas y test de embarazo positivo. Presenta un **embarazo ectópico en cicatriz de cesárea anterior**. Asintomática.



**Fig. 11.** Ecografía transvaginal, corte longitudinal (A) e imagen ampliada (B). Útero en anteversoflexión, con **imagen líquida en cicatriz de cesárea anterior** (flecha roja), anterior al OCI, rodeada de imagen ecogénica bien definida.



**Fig. 12.** RM de pelvis imágenes T2W cortes sagital (A y B) y axial (C), y T1W con supresión de la grasa post contraste ev corte sagital (D). Útero de morfología normal, presenta en cicatriz de cesárea, imagen líquida bien definida de 9 x 4 mm, con realce periférico (saco gestacional), rodeada de un área hiperintensa y heterogénea de 28 x 20 mm (reacción decidual), la cual por el marcado adelgazamiento miometrial contacta con la pared vesical sin invadirla (flecha amarillas).

# CONCLUSIONES

- El embarazo ectópico cervical es una condición rara, aunque su incidencia ha venido en aumento en consecuencia a un mayor número de cesáreas practicadas y de procedimientos de fecundación asistida.
- Su adecuado reconocimiento permite establecer un modelo de manejo conservador que disminuya la morbimortalidad materna por complicaciones eventualmente catastróficas.
- Ante la posibilidad de un tratamiento conservador para preservar la fertilidad, el diagnóstico temprano del embarazo ectópico tubárico y extratubárico es esencial. La RM es un método de estudio complementario muy útil que permite esclarecer cualquier duda sobre la localización del embarazo.

# BIBLIOGRAFÍA

1. Samal, Sunil Kumar, and Setu Rathod. "Cervical ectopic pregnancy." *Journal of natural science, biology, and medicine* vol. 6,1 (2015): 257-60.
2. Singh, Sweta. "Diagnosis and management of cervical ectopic pregnancy." *Journal of human reproductive sciences* vol. 6,4 (2013): 273-6.
3. Anjeza Chukus, Nikki Tirada, Ricardo Restrepo, Neelima I. Reddy. "Uncommon Implantation Sites of Ectopic Pregnancy: Thinking beyond the Complex Adnexal Mass." *RadioGraphics* vol. 35, 3 (2015): 946-959.
4. Linda Y. Kao et al. "Beyond Ultrasound: CT and MRI of Ectopic Pregnancy". *American Roentgen Ray Society* vol. 202 (2014): 904-911.
5. Seung E. Jung et al. "Characteristic MR Findings of Cervical Pregnancy." *Journal of magnetic resonance imaging* vol.13 (2001): 918-922.
6. Chukus A, Tirada N, Restrepo R, Reddy N. "Uncommon Implantation Sites of Ectopic Pregnancy: Thinking Beyond the Complex Adnexal Mass". *Radiographics* vol. 35, 3 (2015): 946-59.