



EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Santiago José **Barchiessi** | Jordana Teresa **Sandoval**
Nuñez | Osvaldo **Luqui**

Presentación del caso:

Paciente de 35 años de edad multigesta, con antecedentes de 2 cesáreas, consulta por hemoginecorragia y dolor en hipogastrio.

Al examen ginecológico presenta orificio cervical interno cerrado, útero aumentado de tamaño como gesta de 2 meses y escasa ginecorragia.

Los valores de gonadotrofina coriónica humana y estudios imagenológicos arrojan como diagnóstico un embarazo ectópico cervical, el mismo es tratado con metotrexato (4 dosis) sin obtener respuesta.



Hallazgos imagenológicos:

La ultrasonografía transvaginal observa útero de carácter gestante y diámetros conservados, endometrio engrosado de 15 mm, en región de cérvix se evidencia saco gestacional con feto único, vital, de 15 mm de LEM para 8 semanas y 3 días de gestación. Trofoblasto envolvente homogéneo.

Resonancia magnética de pelvis con gadolinio demuestra un engrosamiento difuso del endometrio y a nivel cervical una formación sacular de 29 x 31 mm con extensión a región ístmica del lado derecho, señal heterogénea en su interior y algunas estructuras vasculares asociadas, que corresponde a saco gestacional ectópico.



ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL

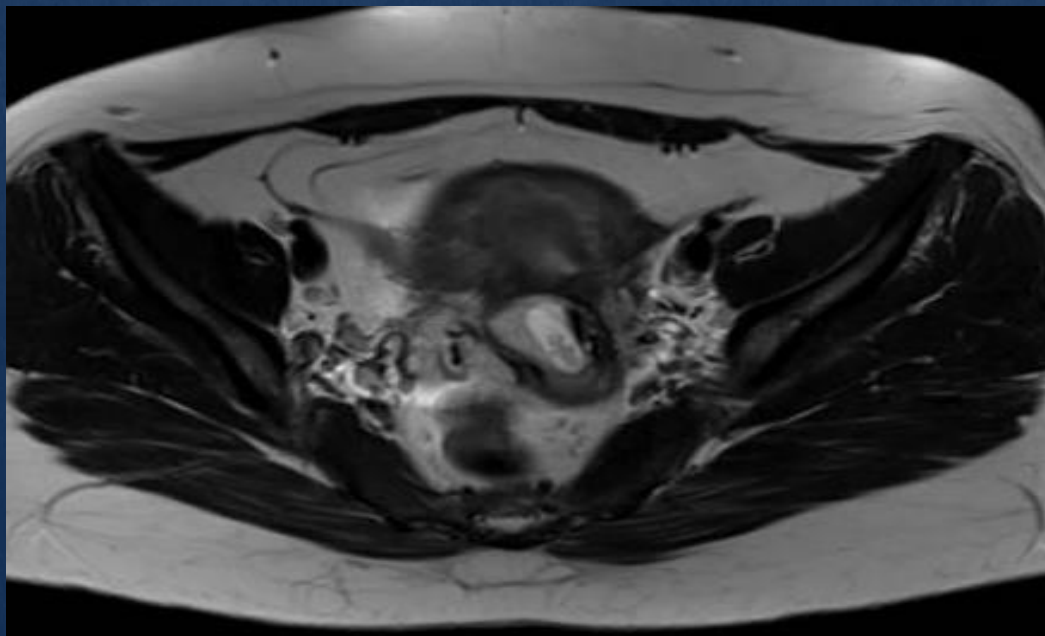




Hallazgos imagenológicos:

La ultrasonografía transvaginal observa útero de carácter gestante y diámetros conservados, endometrio engrosado de 15 mm, en región de cérvix se evidencia saco gestacional con feto único, vital, de 15 mm de LEM para 8 semanas y 3 días de gestación. Trofoblasto envolvente homogéneo.

Resonancia magnética de pelvis con gadolinio demuestra un engrosamiento difuso del endometrio y a nivel cervical una formación sacular de 29 x 31 mm con extensión a región ístmica del lado derecho, señal heterogénea en su interior y algunas estructuras vasculares asociadas, que corresponde a saco gestacional ectópico.



RM PELVIS AXIAL T2





Discusión:

La localización del embarazo ectópico en región cervical es excepcional y representa menos del 1% de los casos, con una elevada mortalidad materna. Los factores de riesgo incluyen cesáreas o abortos previos, multiparidad, anomalías anatómicas uterinas, uso de DIU, EPI, leiomiomas, endometritis crónica, técnicas de reproducción asistida, infertilidad, edad avanzada. Se presenta clásicamente con dolor pélvico, ginecorragia, y masa anexial, siendo de alto riesgo debido a la proliferación e invasión trofoblástica hacia la capa fibromuscular cervical produciendo la erosión de vasos sanguíneos y provocando severas hemorragias.

El tratamiento conservador se realiza con metotrexato en embarazos menores a 12 semanas, en combinación con la embolización selectiva de arterias uterinas o dilatación y legrado endocervical, esto puede disminuir la mortalidad y reducir la necesidad de un tratamiento más complejo, siendo los índices de efectividad diversos dependiendo del caso clínico y disponibilidad de recursos técnicos.

Nuestra paciente se realizó seguimiento ecográfico y ante la falla del tratamiento conservador además de agregarse al noveno día severa hemoginecorragia, se decide optar por la histerectomía total.

Conclusión:

La ecografía transvaginal en complemento con la RM de pelvis es de suma importancia en el diagnóstico temprano de esta entidad para implementar un tratamiento precoz y conservador que permita preservar la función reproductiva.