



Tratamiento histeroscópico conservador del embarazo ectópico cervical. Reporte de casos

Conservative hysteroscopic management of cervical ectopic pregnancy. Case Report.

Carlos Gerardo Salazar López Ortiz, Héctor Luis Mondragón-Alcocer, José Carlos Salazar Trujillo, Ana Paula Vázquez-Alvarado, Gonzalo de Jesús Siu-Moguel

Resumen

ANTECEDENTES: El embarazo ectópico cervical es una de las principales causas de urgencia obstétrica del primer trimestre de la gestación. La evolución del padecimiento puede requerir tratamientos que terminen con las expectativas reproductivas de estas pacientes. En la actualidad, la cirugía histeroscópica permite modificar lo anterior y ofrecer un tratamiento conservador.

OBJETIVO: Reportar los desenlaces de la histeroscopia con energía bipolar como tratamiento conservador en pacientes con embarazos ectópicos cervicales diagnosticados oportunamente.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo efectuado en una serie de casos de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico cervical atendidas en el Hospital Español de México entre el 2002 y el 2016. En todos los casos el tratamiento inicial fue mediante histeroscopia con un aparato Bettocchi (Karl Storz, Germany) de 5.5 mm y energía bipolar (Versapoint; Gynecare Inc, USA).

RESULTADOS: Se estudiaron 7 pacientes con 7.2 semanas de embarazo al momento del diagnóstico. Se registraron concentraciones de β -hCG de 1378 mUI/mL promedio (890-18000 mUI/mL) con dos casos no incluidos debido a que solo se reportó la cuantificación cualitativa. En todos los casos fue posible establecer la localización cervical del saco mediante ultrasonido vagina y realizar el manejo histeroscópico con energía bipolar. La aplicación de energía y la resección del tejido fueron satisfactorias, sin que el sangrado secundario impidiera continuar el procedimiento.

CONCLUSIONES: En esta serie de casos el tratamiento histeroscópico con el uso de energía bipolar dió buenos resultados permitiendo salvaguardar la vida de las pacientes y preservar su fertilidad.

PALABRAS CLAVE: Embarazo ectópico cervical; histeroscopia; energía bipolar.

Abstract

BACKGROUND: Cervical ectopic pregnancy is one of the main causes of obstetric emergencies in the first trimester of pregnancy. The evolution of the condition may require treatments that end the reproductive expectations of these patients. Nowadays, hysteroscopic surgery allows to modify the above and to offer a conservative treatment.

OBJECTIVE: To report the outcomes of hysteroscopy with bipolar energy as conservative treatment in patients with early diagnosed cervical ectopic pregnancies.

MATERIALS AND METHODS: Retrospective study carried out in a case series of patients diagnosed with cervical ectopic pregnancy seen at the Hospital Español de México between 2002 and 2016. In all cases, initial treatment was by hysteroscopy with a 5.5 mm Bettocchi device (Karl Storz, Germany) and bipolar energy (Versapoint; Gynecare Inc, USA) at resolution.

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Español de México y Clínica de Reproducción Asistida HISPAREP, Ciudad de México.

Recibido: diciembre 2022

Aceptado: marzo 2023

Correspondencia

José Carlos Salazar Trujillo
jcst_@hotmail.com

Este artículo debe citarse como: Salazar López Ortiz CG, Mondragón-Alcocer HL, Salazar Trujillo JC, Vázquez-Alvarado AP, Siu-Moguel GJ. Tratamiento histeroscópico conservador del embarazo ectópico cervical. Reporte de casos. Reproducción (México) 2023; 14: 5 de mayo 1-12

RESULTS: Seven patients with 7.2 weeks of pregnancy at the time of diagnosis were studied. Mean β -hCG concentrations of 1378 mIU/mL (890-18000 mIU/mL) were recorded with two cases not included because only qualitative quantification was reported. In all cases it was possible to establish the cervical location of the sac by vaginal ultrasound and to perform hysteroscopic management with bipolar energy. The application of energy and tissue resection were satisfactory, with no secondary bleeding preventing the procedure from continuing.

CONCLUSIONS: In this series of cases hysteroscopic treatment with the use of bipolar energy gave good results allowing to safeguard the life of the patients and preserve their fertility.

KEYWORDS: Cervical ectopic pregnancy; Hysteroscopy; Bipolar energy.

ANTECEDENTES

Se denomina embarazo ectópico cervical a la implantación del embrión en el cuello uterino, por debajo del orificio cervical interno,¹ situación que lo diferencia clínicamente de una implantación baja. Las vellosidades coriales permiten que, posteriormente, el trofoblasto se infiltre a través del cuello del útero y debido a las características naturales de éste, se considera ausente la reacción decidua. **Figura 1**

El embarazo ectópico cervical es raro; su incidencia se ha estimado en 0.1 a 0.15%.^{2,3}

Es causa importante de morbilidad y mortalidad materna porque ocasiona hemorragias que pueden poner en peligro la vida de la paciente. Se asocia con diferentes procedimientos: tratamientos de reproducción asistida,^{4,5} alteraciones que distorsionan la cavidad uterina, patología que altera la anatomía del útero, abortos previos, antecedente de intervenciones quirúrgicas: legrado uterino instrumentado y cesáreas.²

El procedimiento quirúrgico para su tratamiento resolutivo sigue siendo un reto; sin embargo, gracias al desarrollo y mayor acceso al ultrasonido convencional (2D) el diagnóstico temprano se ha vuelto más factible. En la actualidad se dispone de guías o algoritmos de elegibilidad para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad que no consideran al histeroscópico de primera elección.¹

El diagnóstico del embarazo ectópico cervical se fundamenta en la sospecha clínica, cuantificación de la fracción beta de hormona gonadotropina coriónica (β -hCG) sérica y el ultrasonido endovaginal.⁶⁻⁹ **Figura 2**

Desde el punto de vista clínico, un embarazo cervical puede sospecharse cuando se diagnostica durante un tacto vaginal y el cuello se encuentra alargado o en "barril", blando, con masa endocervical. En la especuloscopia es posible observar una mucosa cervical, de coloración azulada, con vascularidad tortuosa.¹⁰ El dolor durante la exploración es un dato re-

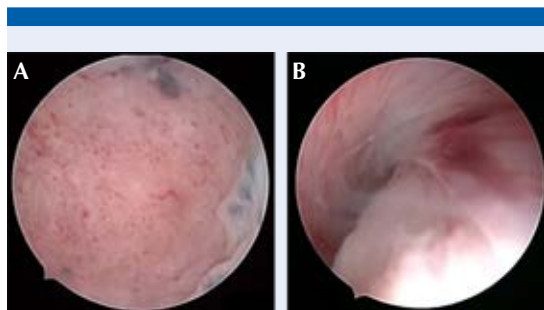


Figura 1. A) Cavityad intrauterina con decidualización. B) Sitio de implantación.

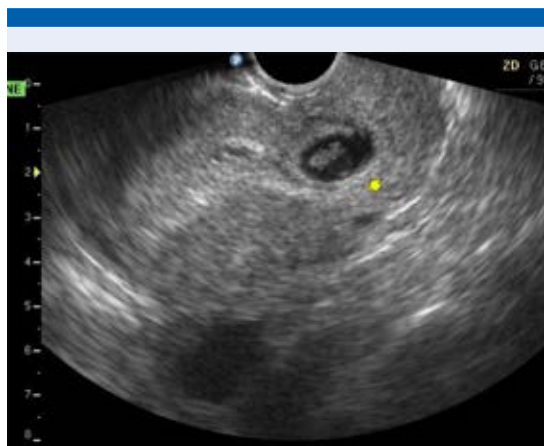


Figura 2. El embarazo ectópico se localiza en el cuello del útero.

levante para el clínico que, junto con otras dos variables, establece una sospecha diagnóstica: la cuantificación de la hCG y la ausencia de saco gestacional intracavitario.¹¹ En cambio, cuando se reporta un saco gestacional en el canal cervical, vacío o con embrión, se establece un diagnóstico de certeza.

Se han descrito múltiples tratamientos, desde legrados, colocación de un tamponamiento uterino, inyección de metotrexato, soluciones hiperosmolares, mifepristona, análogos de pros-

taglandinas, histerectomía, histeroscopia y embolización de las arterias uterinas.¹¹ En algunos casos, incluso, se reporta que se recurrió a ellos en combinación con dos o más técnicas con periodos de resolución que van desde lo inmediato hasta 49 días; sin embargo, aún no existe un consenso absoluto referente al tratamiento.¹³

La finalidad de practicar tratamientos menos invasivos es disminuir los riesgos, conservar la anatomía uterina y mantener la posibilidad de una función reproductiva.^{11,12,14} Lo anterior no es factible en todos los casos de embarazo ectópico cervical; sin embargo, la cirugía de mínima invasión ofrece una posibilidad que lo permite en condiciones específicas.

Si bien la práctica de la histeroscopia con energía bipolar y resectoscopios monopolares o bipolares se ha incrementado^{15,16,17} son pocas las publicaciones que la refieren como tratamiento único en caso de embarazo ectópico cervical y de primera intención terapéutica. Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue: Reportar los desenlaces del tratamiento conservador de pacientes con embarazos ectópicos cervicales diagnosticados tempranamente; mediante el tratamiento histeroscópico con el uso de energía bipolar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo efectuado en una serie de casos de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico cervical atendidas en el Hospital Español de México entre el 2002 y el 2016. En todos los casos se practicó una histeroscopia como tratamiento inicial con un histeroscopio tipo Bettochi, Karl Storz, Germany (óptica de 30°, con vaina interna de 4.3 mm con canal de trabajo aunado a una vaina externa de 5 mm) y una bomba Endomat Hamou II (Karl Storz, Germany), con los siguientes parámetros: flujo de 200 mL/min, presión de entre 75 a 100 mmHg y succión de 0.2 Barr, con reporte de balance negativo de 150 a 500 mL. Como medio de dis-

tensión se utilizó solución fisiológica (NaCl 0.9% 1000 y 4000 mL) y energía bipolar (Versapoint; Gynecare, USA).

En todos los casos se siguió el procedimiento consistente en:

- a. Exploración física con tacto bimanual y especuloscopia.
- b. Determinación de gonadotropina coriónica.
- c. Ultrasonido. Con esta herramienta se identificó el saco gestacional en el cuello del útero.

La cuantificación del sangrado durante el procedimiento histeroscópico se reportó en los expedientes correspondientes. Todas las pacientes permanecieron en control durante la recuperación y con monitoreo de signos vitales.

El dolor se controló con analgésicos no esteroideos durante y después del procedimiento; ninguna paciente requirió valoración posterior, reingreso o reintervención. Se solicitó la cuantificación de la β -hCG a los 15 días. Se comprobó su negativización entre 3 a 6 semanas posteriores a la histeroscopia. El seguimiento fue mensual durante tres meses y posteriormente a los 6 y luego al año. **Cuadro 1**

REPORTE DE LOS CASOS

Caso 1. Paciente de 32 años, con amenorrea de siete semanas, sangrado transvaginal profuso horas antes de su ingreso al hospital. Cuantificación de β -hCG: 1500 mUI/mL. En el ultrasonido transvaginal se identificó un embarazo compatible con las semanas de gestación, de localización cervical (ectópico). Se procedió a la resección con energía monopolar, con identificación del saco gestacional en el canal cervical. En el procedimiento inicial el canal cervical se encontró

modificado por lo que se requirió una entrada instrumentada. La resección del tejido ectópico se practicó mediante visualización directa. Para cohibir el sangrado (más de 400 mL) se utilizó una sonda de Foley de 16 Fr con globo de 30 mL que se retiró a los 45 minutos. A las cuatro horas posteriores a la intervención se dió de alta sin alteraciones hemodinámicas. La evolución de la paciente fue satisfactoria durante el seguimiento ambulatorio.

Caso 2. Paciente de 23 años, con antecedentes de una cesárea y un legrado uterino instrumentado. Acudió a consulta debido a amenorrea. Cuantificación de β -hCG: 1200 mUI/mL. En el ultrasonido transvaginal se identificó un embarazo de seis semanas, con embrión único, sin actividad cardíaca. Se procedió a la histeroscopia quirúrgica con energía bipolar y un electrodo tipo *twizzle*. **Figura 3**

El sangrado se cuantificó en 200 mL, sin complicaciones. Permaneció en observación en el área de recuperación, sin sangrado activo. Se dió de alta en las siguientes horas, con citas para seguimiento en el consultorio.

Caso 3. Paciente de 38 años, con amenorrea secundaria y prueba de embarazo cualitativa positiva. Acudió a consulta debido a la aparición de un sangrado transvaginal previo a su ingreso. El ultrasonido transvaginal reportó la existencia de un saco gestacional correspondiente a siete semanas de gestación, con embrión único y sin actividad cardíaca. El procedimiento histeroscópico se llevó a cabo con energía bipolar. Posterior a la resección del saco gestacional sobrevino un sangrado profuso que ameritó la colocación de una sonda de Foley 16, con globo de 580 mL con la que se consiguió cohibir el sangrado. Puesto que la paciente evolucionó satisfactoriamente la sonda se retiró a las dos horas posteriores a la resección. Se dió de alta hemodinámicamente estable.



Cuadro 1. Características de las pacientes.- Edad, antecedentes, cuantificación de la fracción Beta de hormona gonadotropina coriónica al momento del diagnóstico, semanas de gestación, diagnóstico por ultrasonografía, hallazgos histeroscópicos, sangrado reportado, diagnóstico final, diagnóstico por histopatología y seguimiento

Paciente	Edad	APP	AGO	hCG	Semanas de gestación	USG	Histeroscopia	Sangrado	Diagnóstico final	Reporte histopatológico	Seguimiento
1	32	Negados	G:1	15000 UI/ml	7	Embarazo ectópico cervical	Tejido trofoblástico y saco gestacional	400 mL	Embarazo ectópico cervical	Vellosidades coriales sangrado 400 mL. Sonda de Foley	Buena evolución embarazo posterior
2	23	Negados	G:3 A:1 C:1	1,200 UI/ml	6	Embarazo ectópico cervical	Tejido trofoblástico y saco gestacional	200 mL	Embarazo ectópico cervical	Vellosidades coriales	Buena evolución embarazo posterior
3	38	Negados	G:2 P:1	+	7	Embarazo ectópico cervical	Tejido trofoblástico y saco gestacional	580 mL	Embarazo ectópico cervical	Vellosidades coriales dejó sonda de Foley por dos horas	Buena evolución
4	37	Infertilidad secundaria	G:2 C1	890 UI/ml	6	Embarazo ectópico cervical e intrauterino (heterotópico)	Saco gestacional en cérvix y en cavidad endometrial	100 mL	Embarazo ectópico cervical e intrauterino	Vellosidades coriales y saco gestacional de 1.2 cm	Buena evolución APP 32 semanas después se realizó una cesárea, sin complicaciones
5	45	Hipertensión arterial sistémica	G:3 C:2	1,800 UI/ml	8	Embarazo ectópico cervical	Saco gestacional en cérvix	200 mL	Embarazo ectópico cervical	Vellosidades coriales, saco gestacional de 1.7 cm	Buena evolución después de tres meses se aplicó Essure en ambas salpínges
6	39	Miomectomía laparoscópica Legadro uterino Endometriosis pélvica Infertilidad	G2 A1 TRA	1500 UI/ml	9	Tumoración en cérvix y pólipo endometrial	Pólipo endometrial y tumor cervical	380 mL	Embarazo ectópico cervical alojado en pólipo endocervical, pólipo endometrial	Vellosidades coriales y saco gestacional alojado en pólipo endocervical hiperplásico	Buena evolución después de cinco meses intentó nueva TRA con embarazo y recién nacido sano
7	34	Infertilidad	G3 C2 TRA	+	8	Embarazo ectópico cervical	Saco gestacional en cérvix	100 mL	Embarazo ectópico cervical	Vellosidades coriales, saco gestacional de 2 cm	Buena evolución. A los 6 meses logró el embarazo con recién nacido sano

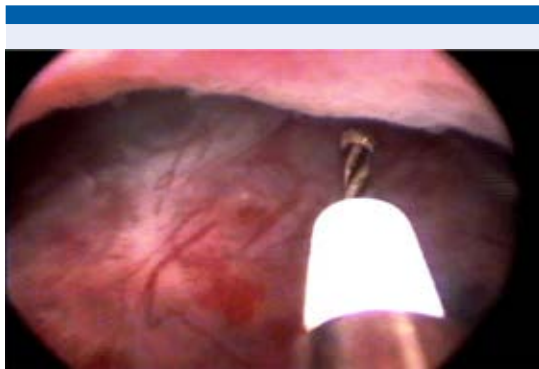


Figura 3. Aplicación de energía bipolar con electrodo tipo twizzle, Versapoint (Gynecare Inc, USA), para la coagulación y corte.

Caso 4. Paciente de 37 años, con infertilidad secundaria de un año de evolución. Antecedente de una cesárea. Se siguió el protocolo de estudio de la pareja infértil con factor endocrino-ovárico (anovulación crónica) sin encontrar otra afectación aparente. Se optó, entonces, por un protocolo de baja complejidad mediante inseminación intrauterina homóloga. Se logró el embarazo, que se comprobó con concentraciones de β -hCG de 890 mUI/mL. Dos semanas después se le practicó un ultrasonido transvaginal en el que se identificó un saco gestacional dentro de la cavidad uterina, con embrión con actividad cardíaca, correspondiente a seis semanas de gestación. Además, se reportó otro saco gestacional de características similares localizado en el canal cervical. **Figura 4**

Se plantearon a la paciente los riesgos y ventajas de la histeroscopia quirúrgica basados en la experiencia adquirida en la atención y tratamiento de casos semejantes. Se aplicó la misma técnica, con menor presión de la bomba. Cuando se logró observar el saco ectópico, la presión bajó a 75 mmHg, con el propósito de disminuir los riesgos para el embarazo intrauterino. Se utilizó energía bipolar con un electrodo tipo *twizzle*.

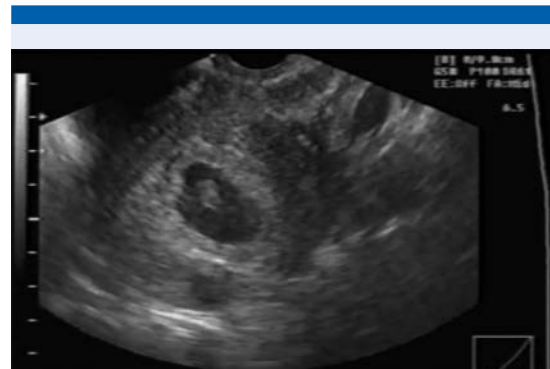


Figura 4. Embarazo heterotópico detectado a las 6 semanas de gestación; a la izquierda embarazo ectópico y registro de actividad cardíaca; a la derecha embarazo de implantación intracavitaria.

Luego de identificar el saco gestacional del embarazo ectópico, el cirujano decidió abrir e inspeccionar al embrión (**Figura 5**). Enseguida, se aplicó energía bipolar, con corte y coagulación necesaria desde la base del tejido trofoblástico; se logró resecar y desprender completamente la zona de implantación. En ese momento no se consideró prudente la revisión de la cavidad y el saco gestacional con implantación normal. El sangrado se cuantificó en 100 mL. Se colocó una sonda de Foley del número 10 en el canal cervical que se retiró a los 45 minutos.

La paciente evolucionó favorablemente, con seguimiento de rutina a lo largo de las siguientes semanas de embarazo. En la semana 32 tuvo trabajo de parto pretérmino, con útero-inhibición

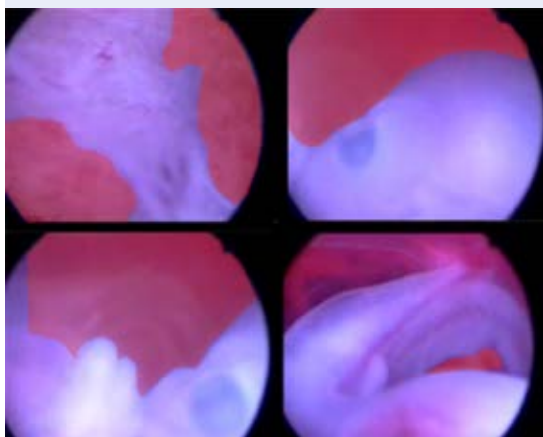


Figura 5. Visión directa con histeroscopia de un embrión correctamente desarrollado, sitio de implantación con vellosidades secundarias y desarrollo de partes fetales y cordón umbilical.

fallida, que llevó a la decisión de la cesárea, que se practicó sin complicaciones. Se obtuvo un recién nacido masculino, sin alteraciones morfológicas, que permaneció en terapia intermedia para desarrollo y crecimiento hasta su alta.

Caso 5. Paciente de 45 años, con antecedente de hipertensión arterial sistémica de difícil control, con dos cesáreas previas. Acudió a consulta debido a amenorrea secundaria. La β -hCG se reportó en 1800 mUI/mL. En el ultrasonido abdominal y transvaginal se advirtió un saco gestacional de ocho semanas de gestación localizado en el tercio inferior del cuello del útero, cercano al labio anterior. Se procedió a la histeroscopia con energía bipolar. El sangrado se cuantificó en 200 mL, sin complicaciones durante el procedimiento ni requerimiento de sonda de Foley. A petición de la paciente se le colocó un dispositivo ESSURE en ambos ostium de las salpinges, a fin de evitar otro embarazo.

Caso 6. Paciente de 39 años, con antecedentes de infertilidad secundaria, un aborto diferido

tratado con legrado uterino instrumentado, endometriosis y miomectomía laparoscópica. Había recibido tratamiento de reproducción asistida de baja complejidad mediante inseminación intrauterina homóloga. Debido a que la β -hCG se cuantificó en 1500 mUI/mL se decidió practicar un ultrasonido transvaginal que reportó una imagen compuesta, hiperecoica, con un saco gestacional y embrión de nueve semanas localizado en el canal endocervical. Se procedió a la resección, con visión directa mediante histeroscopia y energía bipolar. El sangrado se cuantificó en 380 mL, sin complicaciones. Permaneció en vigilancia en la sala de recuperación, sin sangrado activo por lo que no requirió medida adicional alguna (sonda de Foley). Posterior a la finalización del embarazo los ciclos menstruales se regularizaron y prosiguieron los tratamientos reproductivos hasta el logro del embarazo con la misma técnica de reproducción. Se reportó un embarazo de término con recién nacido único vivo.

Caso 7. Paciente de 34 años, con antecedente de dos cesáreas, con infertilidad secundaria de dos años de evolución. Luego de terminar el protocolo de estudio se procedió a la inseminación intrauterina como tratamiento. A los dos días de la fecha esperada de la menstruación, la prueba de embarazo cualitativa se reportó positiva. Previo a la consulta de control obstétrico programada, refirió un sangrado transvaginal. En el expediente clínico había quedado asentado que al colocar el espejo vaginal se advirtió una masa en la porción más proximal al orificio cervical externo. Se sospechó la posibilidad de embarazo ectópico cervical, que se corroboró con un ultrasonido transvaginal en el consultorio. Se detectó un saco gestacional con zona de implantación localizada en esa topografía. Se procedió a la histeroscopia con energía bipolar que permitió el menor daño posible en torno del cuello del útero y se consiguió la extracción completa del saco. El sangrado se cuantificó en 100 mL por lo que no requirió mayores maniobras posteriores.

Luego de dos meses, en la exploración de rutina, el cuello uterino se encontró con características normales. **Figura 6**

Todas las pacientes recibieron información de los riesgos, complicaciones, alcances y posibles beneficios de la técnica histeroscópica e información de otras opciones terapéuticas. En conjunto con el médico a cargo se decidió el tratamiento histeroscópico, con la respectiva firma del consentimiento informado.

RESULTADOS

Se estudiaron 7 pacientes, con límites de edad de 23 y 45 años, 3 de ellas con diagnóstico previo de infertilidad, con 7.2 semanas de embarazo al momento del diagnóstico. Se registraron concentraciones de β -hCG de 1378 mUI/mL promedio (890-18000 mUI/mL) con dos casos no incluidos debido a que solo se reportó cuantificación cualitativa. En todos los casos se logró la visualización del saco gestacional y migrar al procedimiento histeroscópico. La aplicación de energía y la resección del tejido fueron satisfactorias sin que el sangrado secundario impidiera continuar el procedimiento.



Figura 6. Imagen comparativa del canal cervical. De izquierda a derecha se observa el lecho quirúrgico después de la aplicación de energía bipolar. A la derecha se observa el cuello adecuadamente cicatrizado a los dos meses de la intervención.

Dos pacientes prefirieron mantener el control para no embarazarse luego de ser dadas de alta del procedimiento obstétrico. Las cuatro pacientes restantes permanecieron en seguimiento del tratamiento de infertilidad. De éstas, todas lograron embarazos con registro de recién nacido sano de término. La paciente con embarazo heterotópico continuó el control obstétrico hasta la semana 32, con desarrollo del embrión de implantación normal, que finalizó mediante cesárea indicada por trabajo de parto prematuro sin respuesta al tratamiento.

Ninguna paciente reportó alteración hemodinámica o pérdida hemática considerable; el sangrado promedio fue de 280 mL, por lo que no se requirieron transfusión ni maniobras hemodinámicas. Todas las pacientes se dieron de alta conforme al protocolo hospitalario luego de seis horas posteriores al procedimiento histeroscópico.

Puesto que en la paciente del Caso 1 el sangrado se cuantificó en más de 400 mL y se utilizó sonda de Foley para contención hemorrágica y compresión, la sonda utilizada dependió de la decisión del cirujano que fue desde los 10 hasta los 16 Fr con 20 a 30 mL de solución fisiológica en globo. Esto permitió mantener la seguridad en el control del sangrado e ir descomprimiendo lentamente en un lapso hasta de 2 horas hasta su retiro.

Todos los casos se resolvieron y permitieron la conservación de la función reproductiva, incluso en quienes optaron por un método de planificación se cumplió el objetivo principal de no practicar una cirugía mayor.

En todos los casos, el tratamiento histeroscópico permitió reconocer las siguientes ventajas:

1. Se consiguió la visualización del saco gestacional lo suficientemente clara y precisa para confirmar el diagnóstico preestablecido.



2. Permitió realizar al procedimiento histeroscópico con aplicación de energía y resecar satisfactoriamente el tejido sin que el sangrado secundario impidiera continuar con la intervención.
3. Permitió conservar una anatomía uterina normal.
4. La energía bipolar permitió la adecuada manipulación de los vasos en un tejido que facilitó, dada su escasa decidualización, proceder de forma segura. No se descarta la aplicación de resectoscopios, sobre todo ahora que existen variantes cada vez más pequeñas del equipo.
5. Ratifica la apreciación de la histeroscopia como patrón de referencia del tratamiento de la patología uterina intracavitaria y dentro del canal cervical.
6. El caso del embarazo heterotópico se reportará en un artículo por separado en virtud de su relevancia. Es importante recalcar que el flujo del medio de distensión durante la histeroscopia, en otros embarazos intracavitarios, no ha demostrado daño alguno. Por esto, un medio como la solución fisiológica permite que se considere una práctica segura con presiones estándar de cualquier procedimiento histeroscópico.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico cervical es raro. Una vez establecido el diagnóstico se recomienda la pronta resolución por el alto riesgo de sangrado. El perfeccionamiento de los procedimientos diagnósticos, a partir de pruebas más sensibles para la determinación de las concentraciones de β -hCG, la mejor resolución de los equipos de ecografía y el mayor acceso a su uso, han conducido a un diagnóstico temprano y preciso de embarazo ectópico cervical; como consecuencia, el cirujano puede tener un diagnóstico en condiciones que le permitan enfrentarlo.

Existen series de casos con cierta similitud al caso aquí informado; sin embargo, lo más común es encontrarlos cuando se ha recurrido a la histeroscopia como coadyuvante del tratamiento conservador más estudiado, basado en metotrexato y que hasta el momento es el recomendado en sus distintas variaciones. El uso de KCL depende de las características clínicas de los embarazos y concentraciones de β -hCG.¹³ En esos reportes se establece un menor riesgo de hemorragia (11%) y de histerectomía posterior (3%), mientras que en los grupos quirúrgicos el riesgo de hemorragia asciende hasta un 35% y de histerectomía al 15%.¹⁸

También se ha reportado el tratamiento combinado con ligadura de arterias uterinas por laparoscopia e histeroscopia operatoria.¹⁶ En los últimos años se ha incrementado la práctica de la histeroscopia, en ocasiones como complemento de un tratamiento fallido o en algunos casos aislados como primera línea, en uno o dos tiempos quirúrgicos. En todos se utilizan equipos con energía bipolar o con resectoscopios monopolares o bipolares.^{15,16,17}

Entre 2014 y 2019 se llevó a cabo un estudio en el Hospital Teine Keijinkai de Japón en donde trataron nueve casos de embarazo ectópico cervical en combinación con una técnica de oclusión de la arteria uterina por laparoscopia y resección cervical por histeroscopia.¹³ Las pacientes tuvieron un tiempo promedio de cirugía de 82.4 minutos, con una pérdida sanguínea promedio de 57 mL. Todas las pacientes tuvieron una resolución exitosa con disminución de la β -hCG y reanudación de las menstruaciones a los 46 días, en promedio.

Otro estudio efectuado en Italia (2014-2019) incluyó a cinco pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico cervical.¹⁴ Dos de esas pacientes solo se trataron con procedimiento histeroscópico, las otras con opciones combinadas

de mifepristona, metotrexato o misoprostol e histeroscopia. Una de las pacientes con tratamiento histeroscópico se complicó con hemorragia que requirió transfusión. Las demás pacientes tuvieron desenlaces satisfactorios, con una negativización de la β -hCG entre 15 y 45 días; una de las pacientes tuvo un embarazo espontáneo después de cinco meses del tratamiento.

En otro reporte de cuatro casos de pacientes de El Cairo (2011-2017) con embarazo ectópico cervical de 5 y 7 semanas se trataron solo con histeroscopia operatoria. Las pacientes tuvieron un sangrado promedio menor a 10 mL, con una estancia hospitalaria no mayor a 24 horas. Esos desenlaces coinciden con los de los casos descritos, excepto en la cantidad del sangrado reportado durante los procedimientos, lo que quizá esté relacionado con variables no estudiadas referentes a la profundidad de la implantación, el tamaño del saco, existencia o no de embrión, actividad cardíaca y semanas promedio de gestación.

Los señalamientos aquí apuntados son limitados por los pocos casos reunidos, atendidos en un medio de ejercicio profesional no institucional; sin embargo, los autores confían que con este reporte pueda establecerse una opción viable y confiable para dar origen a nuevos algoritmos diagnóstico-terapéuticos.

Por lo antes descrito los autores consideran que se cumplió con el objetivo de esta revisión y que debe proponerse aceptar a la histeroscopia con energía bipolar como tratamiento único en casos de embarazo ectópico cervical detectado oportunamente.

CONCLUSIONES

Se carece de un protocolo puntual de clasificación y tratamiento del embarazo ectópico cervical que incluya a la histeroscopia como método electivo de primera línea de tratamien-

to. Solo se dispone de los que inicialmente consideraron el tratamiento médico aunado a la histeroscopia donde se toma en cuenta el estado clínico de cada caso, dependiendo de las semanas de gestación al momento del diagnóstico, sangrado y frecuencia cardíaca del embrión, por ejemplo. Esos algoritmos se diseñaron en un momento en que aún se ponía en duda la utilidad aislada de la histeroscopia y, aunque son vigentes, es momento de revalorar si deben modificarse (**Cuadro 1**) porque confieren mayor eficacia terapéutica como se demuestra en los reportes de casos específicos en los que no se utilizó medicamento adicional (metotrexato); esto permite ejemplificar un nuevo algoritmo. **Figura 7**

Desde luego que lo expuesto está sujeto a múltiples consideraciones y valoraciones de los especialistas. Con una muestra reducida de casos, aun siendo todos exitosos, no es admisible proponer que en todo embarazo ectópico cervical se lleve a cabo un procedimiento similar al descrito. Sin embargo, sí es posible plantear, con base en esta experiencia, que dependiendo de las características de la paciente y del contexto clínico, pueda considerarse a la histeroscopia una posibilidad de tratamiento único. Se trata de un procedimiento seguro y reproducible en los diferentes centros de atención. Los autores reiteramos la necesidad de preparación en el procedimiento porque se trata de una técnica que no solo amerita dirección sino obtener habilidades y destrezas, que son posibles con el debido adiestramiento y capacitación en el área endoscópica.

Puesto que las pacientes no manifestaron datos de inestabilidad hemodinámica trans o posquirúrgica no fue necesaria una reintervención; todas preservaron, anatómicamente, la posibilidad de un futuro reproductivo. Por lo anterior, se puede concluir que en pacientes con embarazo ectópico cervical en quienes se realiza un diagnóstico temprano mediante el uso de la cuantificación de beta-hCG y del ultrasonido transvaginal; el empleo del tratamiento histeros-

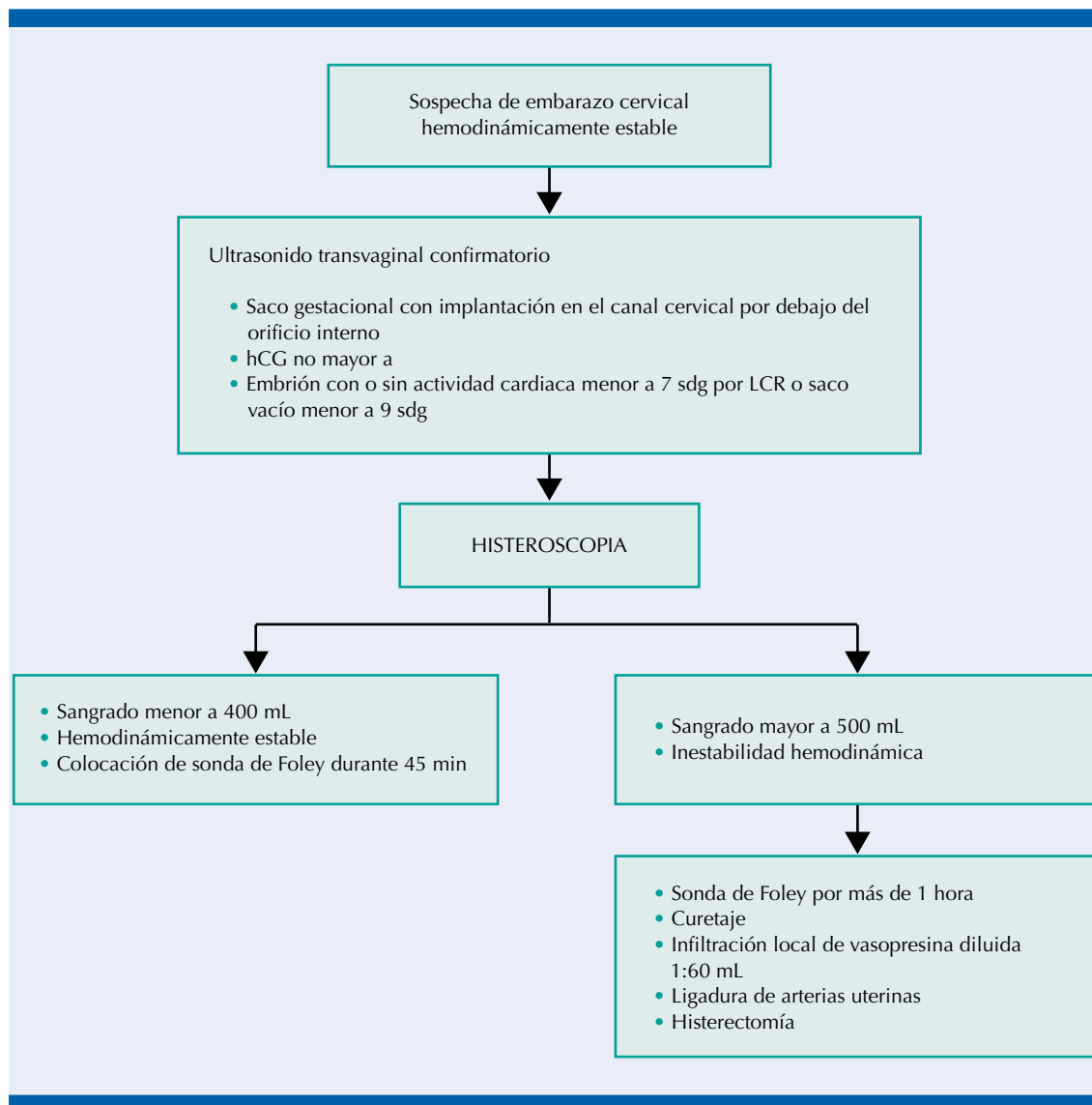


Figura 7. Ruta clínica aplicada para el tratamiento del embarazo ectópico cervical menor a las 7 semanas de gestación.

cópico con el uso de energía bipolar parece ser una buena opción de tratamiento.

REFERENCIAS

1. Oron G, Tulandi T. A Pragmatic and Evidence-Based Management of Ectopic Pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol*. Published online 2013. .
2. Fylstra DL. Cervical pregnancy: 13 cases treated with suction curettage and balloon tamponade. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.; 2014.
3. Alanis-Fuentes J, Brindis-Rodríguez A, Martínez-Arellano M. Embarazo ectópico cervical. Tratamiento histeroscópico, presentación de un caso. *Ginecol Obstet Mex*. Published online 2015.
4. Chang HJ, Suh CS. Ectopic pregnancy after assisted reproductive technology: What are the risk factors? *Curr Opin Obstet Gynecol*. Published online 2010.
5. Alserri A, Tulandi T. Cervical pregnancy. In: *Ectopic Pregnancy: A Clinical Casebook* 2015. doi:10.1007/978-3-319-11140-7_12
6. Jeng CJ, Ko ML, Shen J. Transvaginal Ultrasound-Guided Treatment. *Obstet Gynecol*. Published online 2007.
7. Jeng CJ, Lou CN, Tzeng CR, Yang YC. Successful conservative treatment of a 14-week gestational age cervical pregnancy by primary local injection of single-dose intra-amniotic methotrexate and intracardiac potassium chloride feticide. *Acta Obstet Gynecol Scand*. Published online 2006.
8. Jeng CJ, Ko ML, Shen J. Transvaginal ultrasound-guided treatment of cervical pregnancy. *Obstet Gynecol*. Published online 2007.
9. Layden E, Madhra M. Ectopic pregnancy. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. Published online 2020.
10. De La Vega GA, Avery C, Nemiroff R, Marchiano D. Treatment of early cervical pregnancy with cerclage, carbo-prost, curettage, and balloon tamponade. *Obstet Gynecol*. Published online 2007.
11. Bretón P, Garcés M, Orós D, de Añero RG, Romero MÁ, Fabre E. Tratamiento conservador de la gestación ectópica cervical. *Ginecol Obstet Mex*. Published online 2012.
12. Cava LR de la L, Arévalo JAM. Embarazo ectópico cervical. Cuando el tratamiento conservador falla. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex*. Published online 2012.
13. Imai K, Fukushi Y, Nishimura M, et al. Combination of conservative treatment and temporary bilateral laparoscopic uterine artery clipping with hysteroscopic transcervical resection for cervical pregnancy: A retrospective study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. Published online 2020.
14. Stabile G, Mangino FP, Romano F, Zinicola G, Ricci G. Ectopic cervical pregnancy: Treatment route. *Med*. Published online 2020.
15. Kim JS, Nam KH, Kim TH, Lee HH, Lee KH. Hysteroscopic Management of Cervical Pregnancy with Intrauterine Irrigation with H2O2. *J Minim Invasive Gynecol*. Published online 2008.
16. Scutiero G, Nappi L, Matteo M, Balzano S, MacArini L, Greco P. Cervical pregnancy treated by uterine artery embolisation combined with office hysteroscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. Published online 2013.
17. Turgal M, Aydin E, Kender N, Tuncer ZS. Cervical ripening balloon: A successful treatment for massive bleeding in cervical pregnancy. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. Published online 2016.
18. Mukul L V., Teal SB. Current Management of Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. Published online 2007