

TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL MEDIANTE CERCLAJE TIPO SHIRODKAR MODIFICADO. UNA SERIE DE CASOS

TREATMENT OF CERVICAL ECTOPIC PREGNANCY THROUGH MODIFIED SHIRODKAR TYPE CERCLAGE. A CASE SERIES

Luis Alberto Carpio-Guzmán^{1,2,3,4,a}

RESUMEN

Introducción. El embarazo ectópico cervical es un desafío tanto en el diagnóstico como en su tratamiento. La histerectomía ha dejado de ser el tratamiento más usado siendo los tratamientos médicos y mínimamente invasivos los más utilizados. **Objetivo.** Describir la eficacia del cerclaje cervical tipo Shirodkar en el manejo del embarazo cervical. **El estudio.** Se presenta una serie de casos tratados en el Instituto Nacional Materno Perinatal en gestantes atendidas entre el 2015 al 2021. Se realizó la técnica modificada de cerclaje cervical de Shirodkar con fines hemostáticos, para que nos permita realizar la aspiración del saco gestacional contenido en el canal cervical, evitando la hemorragia. **Hallazgo.** Fueron tratados 6 casos de embarazo ectópico cervical con la técnica de Shirodkar modificada todos con éxito, toda vez que se evacuó el tejido embrionario contenido en el canal cervical controlando el sangrado post-evacuación, no requiriéndose tratamientos adicionales ni histerectomía. **Conclusión.** La evaluación de esta serie de casos permite concluir que la técnica de cerclaje cervical tipo Shirodkar modificada, en el tratamiento del embarazo ectópico cervical, es efectiva al controlar el sangrado potencial que se puede producir luego de la evacuación del tejido embrionario ubicado en el canal cervical, evitando tratamientos adicionales o la histerectomía.

Palabras clave: Embarazo ectópico; Cerclaje cervical; Histerectomía. (Fuente: DeCS-BIREME).

ABSTRACT

Introduction. Cervical ectopic pregnancy is a challenge both in diagnosis and in its treatment. Hysterectomy is no longer the most widely used treatment, with medical and minimally invasive treatments being the most widely used. **Objective.** To describe the efficacy of the Shirodkar-type cervical cerclage in the management of cervical pregnancy. **The study.** It is presented a case series treated at the Instituto Nacional Materno Perinatal in pregnant women attended between 2015 and 2021. The modified Shirodkar cervical cerclage technique was performed for hemostatic purposes, so that it allows us to aspirate the gestational sac contained in the cervical canal, preventing bleeding. **Finding.** Six cases of cervical ectopic pregnancy were treated with the modified Shirodkar technique, all of them successfully, since the embryonic tissue contained in the cervical canal was evacuated, controlling post-evacuation bleeding, not requiring additional treatments or hysterectomy. **Conclusion.** The evaluation of this series of cases allows us to conclude that the modified Shirodkar-type cervical cerclage technique, in the treatment of cervical ectopic pregnancy, it is effective in controlling the potential bleeding that can occur after the evacuation of embryonic tissue located in the cervical canal, as well as avoid additional treatments or hysterectomy.

Key words: Ectopic pregnancy; Cervical cerclage; Hysterectomy (Source: MeSH-NLM).


¹ Servicio de Medicina Reproductiva, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú.

² Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

³ Miembro titular de la Sociedad Peruana de Ginecoobstetricia.

⁴ Miembro titular de la Sociedad Peruana de Fertilidad.

^a Médico Ginecoobstetra.

 **ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-1279-3189>, Luis Alberto Carpio Guzmán

Citar como: Carpio Guzmán LA. Tratamiento del embarazo ectópico cervical mediante cerclaje tipo Shirodkar modificado en el INMP. Una serie de casos. Rev Peru Investig Matern Perinat 2022; 11(4): 28-32.

DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2023329>

INTRODUCCIÓN

A pesar de que, el diagnóstico y el tratamiento de la mayoría de los embarazos extrauterinos han logrado grandes avances; el embarazo cervical sigue siendo un desafío, y su ocurrencia es entre 1/1000 a 1/18000 nacidos vivos¹. El embarazo cervical es una situación potencialmente mortal, pudiendo alcanzar al 6% de los casos. Así mismo, el retraso en el diagnóstico o en el tratamiento puede conducir a una histerectomía inevitable².

Ushakov en 1996, describe los criterios ultrasonográficos para el diagnóstico del embarazo cervical¹. Sin embargo, en la actualidad no existe un consenso en cuanto al tratamiento del embarazo cervical y va a depender de la logística y la experiencia de la institución en donde se maneja esta patología³.

Tradicionalmente, el embarazo cervical ha sido manejado quirúrgicamente. Por la ubicación anatómica de los embarazos ectópicos cervicales, la cirugía es peligrosa. En consecuencia, muchas mujeres con este tipo de embarazo ectópico suelen terminar en histerectomía.

En Perú, el Instituto Nacional Materno Perinatal, desde el 2015 viene realizando el cerclaje cervical tipo Shirodka modificado con fines hemostáticos; el cual permite realizar la aspiración del saco gestacional contenido en el canal cervical mediante AMEU, con un sangrado mínimo. Por lo que, el objetivo del presente estudio consistió en describir los resultados de realizar la evacuación del embarazo ectópico ubicado en el canal cervical mediante la aspiración manual endouterina (AMEU), previa colocación de sutura hemostática pericervical según la técnica modificada del cerclaje tipo Shirodka.

EL ESTUDIO

El presente estudio es una serie de casos analizados en el Instituto Nacional Materno Perinatal en gestantes atendidas entre el 2015 al 2021. Se incluyeron todas las mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico cervical durante este periodo de tiempo que cumplieron con los criterios de inclusión tales como: diagnóstico de embarazo cervical realizado por los médicos del servicio de Medicina Reproductiva, conforme a criterios de Ushakov¹; valor de hCG mayor de 10000 mUI/ml; embrión activo con latidos presentes; paciente con criterios hemodinámicos estables; y técnica utilizada para el cerclaje cervical mediante una modificación de la técnica Shirodka.

Los datos fueron tomados de la historia clínica y consignados en una ficha clínica para el análisis.

Se recogió la información de las pacientes en lo que respecta a los datos sociodemográfico y clínicos más importantes tales como: edad, número de gestaciones, paridad, edad gestacional medida por ultrasonido, antecedentes de cirugías obstétricas tales como: legrados uterinos, AMEUs y cesáreas, presencia de latidos y valores de la gonadotropina coriónica Beta al inicio del tratamiento, al alta y en su primer control por consultorio externo.

Técnica de cerclaje tipo Shirodka modificada

Esta técnica es una modificación de la técnica original de Shirodka⁴ para tratar el embarazo ectópico cervical con fines hemostáticos, para que nos permita realizar la aspiración del saco gestacional contenido en el canal cervical, mediante AMEU, evitando de esta manera la potencial hemorragia.

1. El procedimiento se debe realizar en sala de operaciones con asistencia del anestesiólogo y contando con sangre y con pruebas cruzadas ante la eventualidad de un sangrado profuso.
2. Posición de Litotomía.
3. Asepsia de canal vaginal con solución de clorhexidina.
4. Se prefiere el sondaje vesical.
5. Colocación de valvas anterior y posterior.
6. Identificación y pinzamiento de los labios anterior y posterior cervicales. Se procede a traccionar el cérvix para exponer mejor el pliegue vesicouterino.
7. Colpotomía anterior y rechazo de la vejiga unos 2 a 3 cms., lo cual permitirá colocar el cerclaje lo más cercano al OCI (orificio cervical interno), aproximadamente 4 a 5 cm. del orificio cervical externo (Fig. 1).
8. Se puede utilizar una sutura no reabsorbible No 1 con aguja MR 40, toda vez que dicha sutura solo permanecerá por 24 a 48 horas. No es indispensable usar cinta de Mersilene tal como en la técnica original.
9. El objetivo del cerclaje será la colocación de este lo más cercano al OCI (Fig. 1) introduciendo la aguja a horas 10 y saliendo a horas 8, en el lado derecho., y luego introduciendo a horas 4 y saliendo a horas 2 en el lado izquierdo. Debe dejarse los cabos sueltos sin anudar.
10. El siguiente paso es realizar la aspiración del contenido tanto endouterino como endocervical mediante la técnica de AMEU con las cánulas de Karman.
11. Una vez concluido el AMEU se procede a anudar los cabos sueltos del cerclaje lo cual produce una ligadura concéntrica y evita el sangrado.
12. La sutura se retira a las 24 a 48 horas.

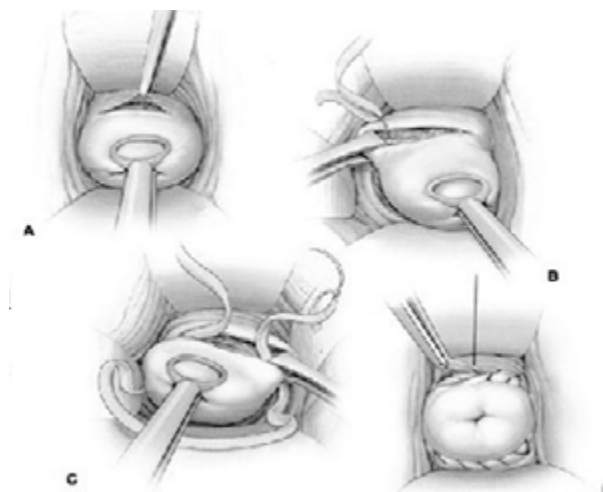


Figura 1. Cerclaje tipo Shirodkar (de Williams Obstetrics, 2014)¹¹

HALLAZGO

Los seis casos en que hemos realizado dicho procedimiento fueron exitosos; no requiriéndose ningún

tratamiento adicional, mucho menos histerectomía. Entre los años 2015 y 2021 hemos realizado con esta técnica de AMEU más cerclaje cervical aproximadamente 6 casos los cuales se presentan en la Tabla 1.

El grupo etario de nuestras pacientes estuvo entre 28 años y 42 años la de mayor edad. En cuanto a paridad y número de gestaciones, solo tuvimos una paciente cuya primera gestación fue el embarazo cervical, el resto fueron multigestas nulíparas o múltiparas. El antecedente de cirugía obstétrica más frecuente fue el legrado en 4 de las 6 pacientes.

En lo que respecta a la edad gestacional el promedio fue de 6 semanas, calculado por la longitud corona-nalga con ultrasonido.

La presencia de latidos se encontró en 3 de las 6 pacientes.

El valor de la gonadotropina coriónica Beta, al inicio del tratamiento tuvo un rango de 10,500 hasta 106,885 mUI/ml.

Tabla 1. Casos de embarazo ectópico cervical tratados con AMEU + Cerclaje en el INMP entre el 2015 al 2021.

Edad	Paridad	N° de cesáreas	LU	Edad Gest (US)	Diámetro Saco gest	LCN (mm)	Latidos	hCG inicial	hCG alta	hCG semana	Evolución post Tratamiento	
1	34	G1P0000	-	-	8 sem	-	17 mm	+	106 885	88 500	44 600	Favorable. Dolor leve y escaso sangrado al alta.
2	28	G4P2012	-	01	5 sem	20 mm	-	-	34 500	15951	5 750	Favorable. Escaso sangrado al alta.
3	42	G2P0010	-	01	5 sem	18 mm	-	-	14 407	11 591	4 400	Favorable. Dolor leve sangrado escaso al alta.
4	37	G3P0020	-	02	7 sem	-	10 mm	+	87 797	55 600	20 700	Reingresa al 10mo día por sangrado que se controla medicamente.
5	29	G5P3011	03	01	8 sem	-	16 mm	+	95 600	65 700	21 670	Favorable. Dolor leve y sangrado escaso al alta.
6	28	G2P1001	01	-	5 sem	16 mm	-	-	10 500	8 600	-	Favorable. Sangrado escaso al alta.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico cervical es una condición que puede poner en riesgo la vida de la paciente y sobre todo su fertilidad, pues sino se hace un diagnóstico oportuno; muchas veces el tratamiento elegido es la histerectomía.

Los factores causales implicados son múltiples, se ha asociado a cirugías previas, presencia de miomas, cesáreas, a legrados uterinos y últimamente a tratamientos de reproducción asistida⁵.

En nuestra serie de casos, el antecedente de legrado uterino o AMEU fue el más frecuente, lo cual coincide con los hallazgos reportados por Ushakov y Jurkovic^{1,5}.

En cuanto a la paridad, no se observó mayor relación, incluso tuvimos una paciente nulípara.

En cuanto al tratamiento, no existe un consenso de cuál

es el Gold standard, y va a depender de la experiencia y la logística con la que cuente cada institución.

También va a diferir de acuerdo con la edad gestacional, así para algunos autores el embarazo cervical de más de 12 semanas es indefectiblemente indicación de histerectomía⁸ dejando la posibilidad de tratamientos conservadores a las gestaciones de menos tiempo.

Cuando se trata de embarazos cervicales pequeños, menores a 7 semanas o de embarazos no evolutivos, se podría utilizar la modalidad de tratamiento con Metotrexato, ya sea parenteral o local, que suelen tomar mayor tiempo hasta conseguir la resolución de la gestación^{9,10}.

El tratamiento con AMEU y cerclaje cervical tipo Shirodkar para controlar el sangrado, es un tratamiento que tuvo una eficacia de 100% en nuestra serie de casos, eliminando la gestación en forma inmediata, sin

requerir tratamientos posteriores y con una consecuente alta precoz. Se debe señalar que los casos tratados tenían una edad gestacional entre 5 a 8 semanas. Esta eficacia ha sido señalada por otros autores^{4,6,7}.

Podemos observar en la Fig. 2 la presencia de un saco gestacional con embrión activo ubicado en el canal cervical, de uno de los seis casos, horas antes de la cirugía. En la Fig. 3, imagen ecográfica del útero, de la misma paciente, el día del alta, luego de 3 días de haberse colocado el cerclaje cervical, nótese el canal cervical con presencia de escasos coágulos.



Figura 2. Embarazo cervical con embrión activo de 16 mm de LCN. El OCI se encuentra a casi 5 cms del orificio cervical externo (fuente INMP).



Figura 3. El día del alta 3 días después del procedimiento observar el canal cervical con presencia de coágulos escasos (fuente INMP).

Debemos señalar que, para la realización del cerclaje tipo Shirodkar, solo es necesario un entrenamiento básico y que es más sencillo realizarlo que cuando se trata de incompetencia cervical donde siempre se tiene el temor de romper las membranas al colocar la sutura próxima al OCI.

Finalmente, todas las pacientes fueron dadas de alta en un máximo de 48 horas luego del procedimiento, haciéndose el retiro del cerclaje a las 24 a 48 h del procedimiento.

Tabla 2. Modalidades de Tratamiento en Embarazo Ectópico Cervical.

Tipo de Tratamiento	Criterios
Expectante	hCG inicial < de 1500 UI/L. o en descenso Ausencia de hemorragia y/o dolor
Metotrexato IM	hCG inicial < de 10 000UI/L Embrión sin latidos < de 7 mm de LCN
KCI + Metotrexate Local	Embrión con actividad cardiaca de hasta 8 sem
Legrado uterino o AMEU	Se corre el riesgo de la hemorragia durante el procedimiento
Balón intracervical(Foley)	Para controlar el sangrado luego del LU o AMEU.
Cerclaje cervical u otro tipo de Suturas hemostáticas + AMEU	Se corre el riesgo de la hemorragia durante el procedimiento
Inyección Local de Vasopresina	Antes de la evacuación se inyecta a nivel de los vasos cérvicouterinos.
Embolización de Arterias Uterinas (UAL)	Realizado por radiólogo intervencionista. Se realiza antes de proceder a la evacuación.
Histeroscopia	Existen pocos reportes de casos.
Histerectomía	Cuando se produce sangrado incoercible. Mayor riesgo en gestaciones > 13 semanas

Hoellen F et al. "Therapeutic management of cervical ectopic pregnancy." Expert Review of OBSTETRICS & GYNECOLOGY 6.1 (2011): 85-92.

CONCLUSIONES

La evaluación de esta serie de casos nos permite concluir que la técnica de cerclaje cervical tipo Shirodkar modificado, en el tratamiento del embarazo cervical, es efectiva al controlar el sangrado potencial que se puede producir luego de la evacuación del tejido embrionario ubicado en el canal cervical.

Para ello es importante hacer un diagnóstico precoz y oportuno de esta patología lo cual nos permitirá realizar este tratamiento conservador y mínimamente invasivo, cuyo objetivo es la conservación del útero preservando la fertilidad.

Esta es la primera serie de casos reportada utilizando esta técnica de tratamiento en el embarazo cervical en nuestro país, de allí la importancia de darla a conocer para conocimiento de la comunidad científica nacional, lo que convierte a nuestro instituto en un centro de referencia nacional en el tratamiento conservador del embarazo ectópico.

Declaración de conflicto de interés: Las autoras declaran no tener algún conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado.

Agradecimiento: A todas las enfermeras que participaron en el presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: Past and future. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 1997 Jan; 52(1):45–59.
2. Wolcott HD, Kaunitz AM, Nuss RC, Benrubi GE. Successful pregnancy after previous conservati-

ve treatment of an advanced cervical pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 1988 Jun 1; 71(6 Pt 2):1023–5.

3. Hoellen F, Diedrich K, Dittmer C, Kelling K, Bohlmann MK. Therapeutic management of cervical ectopic pregnancy. *Taylor & Francis [Internet]*. 2011 Jan [cited 2021 Dec 14]; 6(1):85–92. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1586/eog.10.67>
4. Mashiach S, Admon D, Oelsner G, BP-H, 2002 undefined. Cervical Shirodkar cerclage may be the treatment modality of choice for cervical pregnancy. *academic.oup.com [Internet]*. [cited 2022 Jan 14]; Available from: <https://academic.oup.com/humrep/article-abstract/17/2/493/568988>
5. Jurkovic D, Hacket E, Campbell S. Diagnosis and treatment of early cervical pregnancy: a review and a report of two cases treated conservatively. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology [Internet]*. 1996 [cited 2022 Jan 18]; 8(6):373–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9014275/>
6. Trojano G, Colafiglio G, Saliari N, Lanzillotti G, Cincinelli E. Successful management of a cervical twin pregnancy: neoadjuvant systemic methotrexate and prophylactic high cervical cerclage before curettage. *Fertility and sterility [Internet]*. 2009 [cited 2022 Jan 18]; 91(3):935.e17-935.e19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19110242/>
7. Mahdavi A, Aleyasin A, Sheibani N. Pre-curettage cerclage in a viable triplet cervical pregnancy: A case report and review of literature. *International journal of reproductive biomedicine [Internet]*. 2019 Jul 1 [cited 2022 Jan 18]; 17(7):523–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31508578/>
8. Leeman, L. M., & Wendland, C. L. (2000). Cervical ectopic pregnancy: diagnosis with endovaginal ultrasound examination and successful treatment with methotrexate. *Archives of Family Medicine*, 9(1), 72.
9. Ozcivit, I. B., Cepni, I., Hamzaoglu, K., Erenel, H., & Madazli, R. (2020). Conservative management of 11 weeks old cervical ectopic pregnancy with transvaginal ultrasound-guided combined methotrexate injection: Case Report and Literature Review. *International Journal of Surgery Case Reports*, 67, 215-218.
10. Yamaguchi, M., Honda, R., Erdenebaatar, C., Monsur, M., Honda, T., Sakaguchi, I., & Katabuchi, H. (2017). Treatment of cervical pregnancy with ultrasound-guided local methotrexate injection. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 50(6), 781-787.
11. Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). *Williams obstetrics* (Vol. 7, pp. 28-1125). F. G. Cunningham (Ed.). New York: McGraw-Hill Medical.

Correspondencia:

Luis Alberto Carpio Guzmán
 Dirección: Jr. Joaquín Bernal 810 Lince. Lima, Perú.
 Teléfono: (+51) 999352760
 Correo electrónico: lcarpio101@hotmail.com