

Embarazo ístmico-cervical con invasión a región vésico-uterina

Drs. Carlos Briceño Pérez, Fredy Alaña, Liliana Briceño Sanabria, María Delgado, Carlos Briceño Sanabria, Juan C. Briceño Sanabria

Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad del Zulia. Clínica Falcón. Maracaibo, Estado Zulia

RESUMEN: El embarazo ectópico cervical es muy raro. Entre 1978 y 1994, sólo se reportaron 120 casos en la literatura inglesa. En Venezuela se han descrito 4. En esta nota clínica se reporta un caso de embarazo ístmico-cervical con invasión a región vésico-uterina.

Palabras clave: Embarazo ectópico. Cervical. Ístmico-cervical.

SUMMARY: Cervical ectopic pregnancy is very uncommon. Between 1978 and 1994, only 120 cases were reported in English literature. In Venezuela, 4 had been described. This clinical note is a case report of isthmico-cervical pregnancy with uterine-vesical region invasion.

Key words: Cervical ectopic. Isthmico-cervical. Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La implantación del blastocito en cualquier lugar diferente a la cavidad uterina, se denomina embarazo ectópico (EE) (1,2). El EE se describió por primera vez en el siglo XI y durante mucho tiempo fue un cuadro fatal (3). La frecuencia mundial, parece venir incrementándose desde la segunda mitad del siglo XX (3,4). La mayoría de ellos son tubáricos y en menor número se encuentran los extratubáricos: abdominal, ovárico, cornual o intersticial, cervical y heterotópico (4-6). En Venezuela, el zuliano Dr. Nicanor Guardia, citado por Agüero (7), fue el primero en realizar una publicación sobre EE, en 1867. El diagnóstico es difícil, por la variedad del cuadro clínico, pero afortunadamente el ultrasonido ha contribuido a facilitarlo (8-13).

El EE cervical (EC) es muy raro. Entre 1978 y 1994, sólo se reportaron 120 casos en la literatura inglesa, con una frecuencia de 1 en 2 500 y 1 en 12 422 embarazos (13). En latinoamérica, entre 1982-2000, se han publicado 21 casos (14-30). En las últimas décadas, en nuestro país, se ha escrito mucho sobre EE (31-63), pero sólo se han descrito 4 casos de EC (63-66), todos en Caracas: uno en el Hospital "Dr. José Gregorio Hernández" y tres en la Maternidad "Concepción Palacios" (MCP), uno de ellos ístmico-cervical (EIC). La variedad paracervical de EC (EPC) es más rara aún: se conoce uno reportado en las publicaciones inglesas (67) y ninguno en nuestro país hasta 1990 (68).

Por su excepcionalidad y el peligro de complicaciones o muerte materna, el propósito de esta comunicación, es publicar un caso de EC, variedad ístmico cervical, el cual sería el quinto reportado en Venezuela y el primero con invasión a la región

Recibido: 20-02-02

Aceptado para publicación: 21-04-02

vésico-uterina.

Caso clínico

Paciente de 34 años, consultó el 15 de noviembre de 1999 por sangrado genital de 8 días de evolución y amenorrea de 7 semanas (fecha de última menstruación: 28-09-99), sin antecedentes familiares o personales importantes, excepto extirpación de fibroadenoma de mama derecha, en 1988. Se trataba de una III gesta, con 2 cesáreas anteriores (la primera por distocia de dilatación en 1992 y la segunda por cesárea anterior el 17-12-98). El útero se encontró de tamaño normal, sin modificaciones de embarazo temprano y con el cuello cerrado, con sangre proveniente de su cavidad. En esa fecha, en el ultrasonido (US) transvaginal (Figura 1) se apreció una imagen presuntiva de saco de gestación (SG) sin ecos embrionarios en su interior. La imagen que se ve a la derecha del saco se consideró un artefacto y sin importancia. Con el fin de esperar que aparecieran ecos embrionarios, se planeó esperar 10-15 días. El 26-11-99 consultó nuevamente por persistencia del sangrado, y un ecograma pelviano (Figura 2) reveló hallazgos similares. La imagen a la derecha del SG tampoco se consideró importante. Es vista otra vez el 08-12-99, presentando el cuello uterino aumentado de tamaño y el orificio cervical externo abierto con presencia de material trofoblástico en canal, lo que hizo pensar en un aborto inminente. Un estudio ecográfico pélvico-vaginal (Figuras 3 y 4) se consideró acorde con el diagnóstico clínico. La imagen que se observaba en región paracervical anterior se supuso una tumoración uterina u ovárica. Fue hospitalizada al día siguiente (09-12-99), en una clínica de la localidad y al hacer el curetaje uterino, presentó una hemorragia severa que persistió y se hizo un taponamiento cervical con gasa, con lo que cedió el sangrado. En este momento, por el cuadro clínico, se sospechó un EC. Evoluciona normalmente y egresa al otro día.

El sangrado continuó y casi 1 mes después (07-01-2000), consultó a otro médico privado. El examen ginecológico se consideró normal y un US pélvico (Figura 5) reveló una imagen de 41 x 32 mm en región vésico-uterina (similar a la de la Figura 3) que se interpretó como un mioma subseroso, tratándola con ácido tranexámico. La hemorragia genital persistió, por lo cual el 24-01-2000 acude a otra clínica y consultó a otro facultativo. Al tacto bimanual, el útero se encontró ligeramente aumentado de tamaño, con cara anterior irregular, se palpó una tumoración fija, de aproximadamente 5

x 4 cm, que hacía cuerpo con el útero y se creyó que era un mioma subseroso sésil. Los anexos estaban libres. Se trató con norgestrel e ibuprofeno continuando el mismo cuadro clínico. El 17-02-2000, es intervenida quirúrgicamente, encontrándose una tumoración en región paracervical anterior, de aproximadamente 5 x 4 cm, semejante a un foco de endometriosis, incrustada en la totalidad de las paredes uterina anterior y vesical posterior; por lo cual se realizó extirpación de la masa, histerectomía abdominal total, cistografía y cura de enterocele por la técnica de Moschkowitz (69). Su evolución posoperatoria fue satisfactoria. Los estudios anatomopatológico de las piezas e inmunohistoquímico de la tumoración, demostraron EE organizado en paredes vésico-uterinas.

En el posoperatorio mediato, la paciente retiró el estudio histológico del material del legrado uterino del 09-12-2000 (el cual no había buscado antes), y éste reportaba tejido decidual casi totalmente necrosado, sin vellosidades coriales y reacción de Arias Stella; y recomendaba US de anexos, para descartar EE.

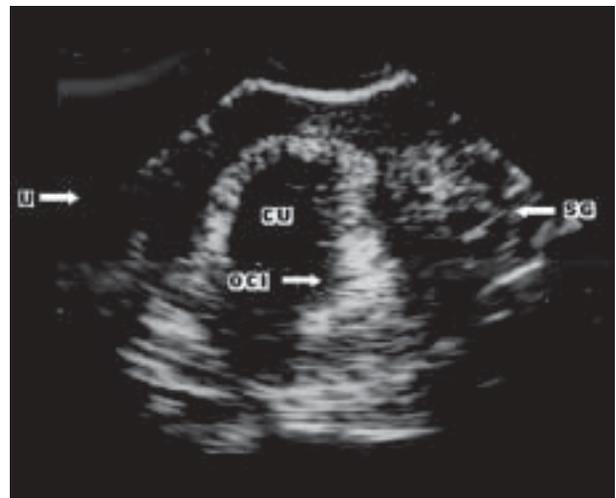


Figura 1. Ultrasonido transvaginal (15-11-99): Al corte sagital se aprecia el útero (U) en anteversoflexión. La cavidad uterina (CU) presenta hiperecogenicidad por reacción decidual y fue confundida con un saco de gestación vacío. La imagen a su derecha es el verdadero saco (SG), localizado en el cuello uterino. El orificio cervical interno (OCI) está cerrado.

EMBARAZO ÍSTMICO-CERVICAL

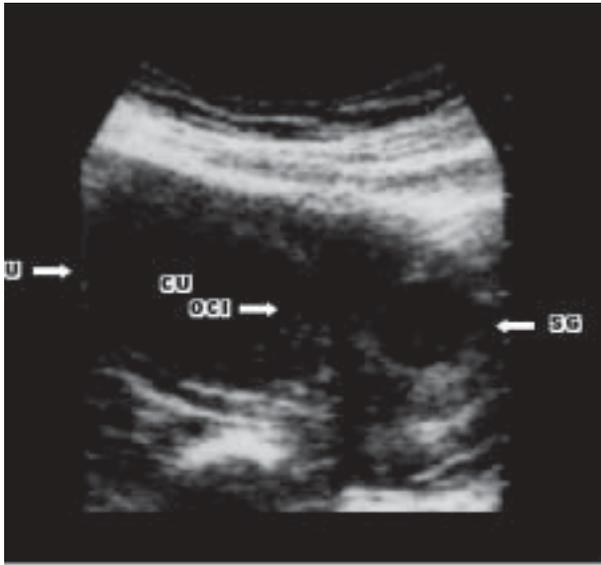


Figura 2. Ultrasonido pélvico (26-11-99): Al corte longitudinal se aprecia el útero (U) en anteversoflexión. La cavidad uterina (CU) está vacía. La imagen a su derecha era el verdadero saco de gestación (SG), localizado en el cuello uterino. El orificio cervical interno (OCI) está cerrado.

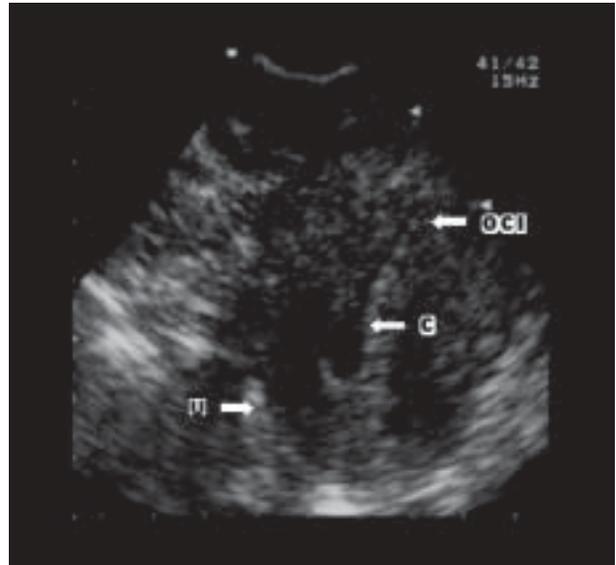


Figura 4. Ultrasonido pélvico-vaginal (08-12-99): En el eco vaginal, al corte sagital, se aprecia el útero (U) en anteversoflexión. Se observa, mejor que en la Figura 3, que la cavidad uterina (CU) está vacía y el orificio cervical interno (OCI) se encuentra cerrado.



Figura 3. Ultrasonido pélvico-vaginal (08-12-99): En el eco pélvico, al corte longitudinal, se aprecia el útero (U) en anteversoflexión. La imagen compleja ubicada entre útero y vejiga (V) corresponde al embarazo cervical (EC) en región vésico-uterina y fue confundida con un mioma uterino subseroso sésil.



Figura 5. Ultrasonido pélvico (07-01-2000): Al corte longitudinal, igual que en la Figura 3, se aprecia una imagen compleja entre útero y vejiga, correspondiente al embarazo cervical (EC), la cual fue confundida con un mioma subseroso sésil.



Figura 6. Aspecto macroscópico de la pieza uterina luego del corte longitudinal en 2 partes. En ambas secciones las flechas señalan la pared anterior del istmo uterino (a nivel de la cicatriz de las 2 cesáreas anteriores), rota y disecada por el embarazo cervical, localizado entre ésta y la pared vesical.



Figura 7. Aspecto macroscópico de la masa trofoblástica del embarazo cervical, localizada entre útero y vejiga, luego de varias secciones longitudinales y unidas por una aguja.



Figura 8. Aspecto microscópico de la masa trofoblástica del embarazo cervical (Figura 7), localizada entre útero y vejiga. Se observan múltiples vellosidades coriales parcialmente degeneradas, hemorragia periférica severa y puntillado hemosiderínico. UE 130 X. El estudio inmunohistoquímico evidenció a nivel de la cubierta eosinofílica de las prolongaciones, fuerte inmunorreactividad para los antígenos queratina y gonadotropina coriónica humana, lo cual demostró que las mismas correspondían a vellosidades placentarias en vías de degeneración.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico cervical es una entidad extremadamente rara. Su etiología exacta no es bien conocida y probablemente sea multifactorial. En el 68,6 %, el factor predisponente es el curetaje uterino y/o dilatación cervical. Hay antecedente de cesárea en el 33,3 %. El 11,8 % son idiopáticos. La implantación en cicatrices de cesárea es peligrosa por la posibilidad de penetración de la pared cervical e invasión trofoblástica a la vejiga urinaria. Otros factores predisponentes menos mencionados son síndrome de Asherman, infertilidad, fertilización *in vitro* (FIV), uso de dispositivos intrauterinos, EE anteriores, transporte rápido del cigoto por el útero y anomalías embrionarias (13,63-65).

Desde el punto de vista clínico generalmente se presenta con hemorragia uterina indolora. El cuello uterino se encuentra aumentado de tamaño o distendido por los productos de la concepción y puede confundirse con un aborto inevitable. El diagnóstico se comprueba con la presencia o positividad de la subunidad β de gonadotropina coriónica (β -hCG), el US y la resonancia magnética

(6,70-72).

En 1945, Studdiford, citado por Ushakov y col. (13) clasificó el EC en EC puro, cuando el huevo fertilizado se implanta y desarrolla en el cuello uterino sin envolver el cuerpo; y el embarazo ístmico-cervical (EIC) en el cual el huevo se desarrolla en el cuerpo y posteriormente se extiende al cuello. Ocasionalmente se han reportado paracervicales (67) y exocervicales (73).

Rubin, citado por Ushakov y col. (13) y por Uzcátegui y col. (63), en 1911 estableció los criterios histológicos uterinos, para clasificar un EC: 1°, presencia de glándulas cervicales frente al sitio de inserción placentaria; 2°, íntima fijación placentaria al cuello; 3°, la placenta entera o una parte de ella debe estar situada por debajo de la entrada de los vasos uterinos o de la reflexión peritoneal; y 4°, no deben haber elementos embrionarios o fetales en el cuerpo uterino. Como para ello es necesario realizar una histerectomía, Duckman, citado por Uzcátegui y col. (63), en 1951 sugirió que el diagnóstico puede hacerse en aquellos casos tratados conservadoramente, cuando existan los siguientes signos: 1° cuello dilatado con paredes delgadas y evidencia histológica de gestación; 2° orificio cervical externo (OCE) permeable; y 3° el cuerpo uterino de tamaño normal, con el orificio interno (OCI) normal, terminando ahí la dilatación del cuello. Paalman y Mc Hellín, citados por Ushakov y col. (13) y por Uzcátegui y col. (63), en 1959 sugirieron otra definición clínica, basada en: 1° sangrado uterino sin dolor tipo contracción uterina, después de amenorrea (presuntivo de embarazo); 2° cuello uterino reblandecido y desproporcionalmente alargado, igual o mayor que el cuerpo uterino "útero en reloj de arena"; 3° productos de la concepción enteramente confinados y firmemente fijados al endocérvix; 4° OCI cerrado y 5° OCE parcialmente abierto. Asimismo, propusieron dividir el EC en tres categorías: 1° los comprobados anatómicamente, 2° los comprobados histológicamente y 3°, aquellos casos con hallazgos clínicos sugestivos.

Ushakov y col. (13), establecieron los siguientes criterios diagnósticos desde el punto de vista del US transvaginal: 1° la clave es la localización intra-cervical de un saco de gestación (SG) o masa trofoblástica; 2° presencia de una parte intacta del canal cervical (el OCI) entre el SG (distal) y la porción funcional de endometrio (proximal); 3° invasión local del tejido endocervical por el trofoblasto; 4° visualización de estructuras embriónicas o fetales en el SG ectópico y especialmente la

demostración de actividad cardíaca; 5° cavidad uterina vacía; 6° decidualización endometrial; 7° útero en reloj de arena; y 8° con el Doppler a color, observar el flujo arterial peritrofoblástico intra-cervical. Estos mismos autores describen 4 formas ecográficas de EC: 1° un embrión o feto viable (61,5 %); 2° un SG de 5-6 semanas, cervical, regular (10,9 %); 3° un huevo anembrionado cervical (13,8 %) y 4° una masa cervical irregular con estructura hiper o hipoecoica y bordes indefinidos (13,8 %).

En el caso que nos ocupa esta publicación, los hallazgos clínicos, ultrasonográficos, quirúrgicos e histológicos, están acordes con las descripciones anteriores y permiten certificar el diagnóstico de EC. Cumpliendo con lo establecido por Duckman y Paalman y Mc Hellin, citados por Ushakov y col. (13) y Uzcátegui y col. (63); hubo sangrado genital indoloro después de amenorrea, cuello uterino agrandado y OCE abierto. Además, hubo sangrado profuso al momento de realizar el curetaje uterino, el cual según lo descrito por otros autores, es otro signo clínico importante (65,70-72).

La secuencia de imágenes de US permite presumir que se trató inicialmente de un embarazo ístmico-cervical (Figuras 1 y 2), que posteriormente invadió la región vésico-uterina. El antecedente de 2 cesáreas, la última de ellas 9 meses antes de la concepción del presente embarazo, debió jugar un papel importante en la implantación del cigoto en la cicatriz anterior. La dilatación producida por su crecimiento posterior, sumada al factor debilitante de la cicatriz y a la capacidad invasiva del trofoblasto, pudieron haber sido determinantes en la distensión ístmica y causar la rotura uterina con invasión y desarrollo ulterior en la región vésico-uterina, como se aprecia en las Figuras 3 y 5 (1,74). Otra posibilidad pudiese ser la perforación de la pared ístmica anterior durante el curetaje, pero al observar el US realizado antes del legrado (Figura 3), se puede apreciar bien, la ubicación previa de la masa heterogénea en región vésico-uterina, lo cual descarta este hecho. Una explicación, menos posible, de la localización en esta zona, es a través de la invasión por acretismo placentario (AP), el cual ha sido reportado por Sheiner y col. mediante US (75), y después del cual se ha descrito el EE en región vésico-uterina (76). A diferencia de esa entidad clínica, en el presente caso, como se aprecia en las Figuras 1, 2 y 4, la cavidad uterina estaba vacía porque no hubo embarazo intrauterino, como ocurre en el acretismo placentario (AP); y además, aunque ocasionalmente se desarrolla durante el primer y segundo trimestre, la placenta

accreta es una condición más frecuente del tercer trimestre (77-84).

Desde el punto de vista ultrasonográfico, no se sospechó o realizó su diagnóstico inicial, pues no se pensó en EC, por lo cual no fueron bien interpretadas las imágenes obtenidas. Pero el análisis retrospectivo permite apreciar que cumple con los criterios de Ushakov y col. (13): en las Figuras 1 y 2 se aprecia el tejido trofoblástico hiperecoico y de bordes indefinidos y un saco localizado en la región intracervical, y el pseudosaco formado por la decidualización endometrial y la cavidad uterina vacía; y en las Figuras 3-5, observamos la ubicación de la masa trofoblástica en la región vésico-uterina, el orificio cervical interno cerrado y la cavidad uterina vacía.

La presencia de reacción de Arias Stella en el material extraído de la cavidad uterina durante el legrado, confirmó la falta de implantación de la gestación en la misma, y los estudios anatomopatológico e inmunohistoquímico de los especímenes quirúrgicos, ratificaron el diagnóstico.

El ginecólogo que realizó el legrado sospechó un EC, pero el cambio frecuente de médico tratante influyó en la falta de diagnóstico temprano. En los otros galenos que la atendieron, la ignorancia del cuadro clínico anterior, la falta de conocimiento de las imágenes ecográficas iniciales y del primer resultado anatomopatológico, la interpretación de las imágenes ecográficas posteriores como una tumoración uterina benigna y la rareza del EC y de su invasión vésico-uterina; fueron factores determinantes en el diagnóstico tardío.

Al realizar algunas consideraciones sobre el diagnóstico diferencial, pudiese plantearse aquí la posibilidad del estadio cervical de un aborto incompleto o aborto inminente, la cual se niega por la ausencia de restos ovulares en cavidad uterina (demostrada por US y biopsia), y por la persistencia y posterior localización de la masa trofoblástica, confirmada histológicamente, en región vésico-uterina. Otra probabilidad pueden ser los tumores cervicales benignos o malignos. Sohn y col. (85) reportaron un caso de neoplasia trofoblástica no metastásica siguiendo a un EC, y además, el coriocarcinoma puede presentar patrones ecográficos similares a los del EC (13). El estudio histológico es determinante en la diferenciación (como lo fue en el presente caso). Entre las tumoraciones benignas, los miomas por su frecuencia pueden prestarse, como sucedió aquí, a confusiones diagnósticas. La alternativa de un embarazo heterotópico (uterino y

cervical) se niega por el hallazgo histológico del material extraído de cavidad uterina durante el curetaje, el cual fue acorde con decidualización endometrial.

La conducción de esta paciente fue adecuada, pues afortunadamente, quizás por tratarse de un embarazo temprano, se pudo resolver el sangrado durante el legrado, sin aplicar otras medidas terapéuticas diferentes al taponamiento cervical. La persistencia del material trofoblástico en la región vésico-uterina, mantuvo el cuadro clínico, y como han sugerido algunos autores (86,87), obligaron a llevar la paciente a histerectomía. La cirugía permitió realizar el diagnóstico histológico correcto, aunque hubiese sido en forma retrospectiva. Si se hubiera diagnosticado el EC en etapas iniciales, se hubiese podido instalar un tratamiento médico o médico-quirúrgico combinado u otros métodos quirúrgicos diferentes a la histerectomía, como el curetaje uterino con cerclaje del cuello y taponamiento cervical con una sonda de Foley (67,88-91).

El EC es un cuadro clínico muy raro. En 1996, Ushakov y col. (13) describieron solamente 120 casos encontrados en la literatura de habla inglesa, desde 1978. En Venezuela, en 1954 Marcano y Páez (64) realizaron la primera publicación de un EIC a término, en la MCP. En 1978, Uzcátegui y col. (63) reportan uno ocurrido en el Hospital "Dr. José Gregorio Hernández" de Caracas, y en 1982, Zambrano y Jiménez refieren otro de la MCP, de Caracas (65) y citan uno, mencionado por Monroy en 1980 (66), como causa de histerectomía obstétrica.

La importancia de publicar este caso radica en los siguientes hechos: 1°. El EE es una entidad muy rara, 2°. Se trató de uno de los tipos menos comunes de EE, 3°. Sería el quinto EC reportado en nuestro país, 4°. Es el primer EIC conocido con invasión a útero y vejiga y 5° a pesar de la tardanza en el diagnóstico, no hubo muerte materna. Debe haber habido un número mayor de casos no informados, por lo cual la presente investigación puede convertirse en un estímulo para que otros autores reporten esta infrecuente entidad clínica.

REFERENCIAS

1. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. The placenta and fetal membranes. En: Cunningham F, Gant N, Leveno K, Hauth J, Wenstrom K, editores. Williams obstetrics. 21ª edición. New York: Mc Graw Hill; 2001.p.85-108.
2. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth

EMBARAZO ÍSTMICO-CERVICAL

- J, Wenstrom K. Ectopic pregnancy. En: Cunningham F, Gant N, Leveno K, Hauth J, Wenstrom K, editores. Williams obstetrics. 21ª edición. New York: Mc Graw Hill, 2001.p.883-910.
3. Speroff L, Glass R, Kase N. Ectopic pregnancy. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 6ª edición. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.p. 1149-1167.
 4. Pisarka M, Carson S. Incidence and risk for ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1999;42: 2-8.
 5. Doyle M, De Cherney A, Diamond M. Epidemiología y etiología del embarazo ectópico. Clín Ginecol Obstet. Temas actuales 1991;1:1-18.
 6. Cartright P. Diagnóstico de embarazo ectópico. Clín Ginecol Obstet. Temas actuales 1991;1:19-38.
 7. Agüero O. Las primeras publicaciones sobre embarazos ectópicos diagnosticados y tratados en Venezuela. Gac Méd Caracas 1987;95:529-539.
 8. Graczykowsky J, Seifer D. Diagnosis of acute and persistent ectopic pregnancy. Clin Obstet Gynecol 1999;42:9-22.
 9. Saulny de Jorgez J, Azuaga A, Abbruzzese C, Carrillo A, Alvarez Z, Ziliani M. Ultrasonografía de un embarazo ectópico ovárico simulando útero bicornue. Rev Obstet Ginecol Venez 1986;46:29-30.
 10. Azuaga A, Saulny de Jorgez J, Abbruzzese C, Ziliani M. Diagnóstico ecográfico de embarazo ectópico. Rev Obstet Ginecol Venez 1986;46:98-101.
 11. Abache E, Hurtado F, Espinoza I, Miranda M, Zighelboim I. El embarazo ectópico en pacientes estériles. Rev Obstet Ginecol Venez 1990;50:189-193.
 12. Saulny de Jorgez J, Jorgez A, Scorzza R, Velásquez V. Importancia del ultrasonido en el embarazo ectópico. Rev Obstet Ginecol Venez 1990;50:195-198.
 13. Ushakov F, Elchalal U, Aceman P, Schenker J. Cervical pregnancy: Past and future. Obstet Gynecol Surv 1996;52:45-59.
 14. Sangines A, Topete L, Cervantes J, Okhuisen K, Ahued J. Embarazo cervical. Informe de un caso. Ginecol Obstet Méx 1982;50:121-123.
 15. Pacheco JA, Pacheco JC. Embarazo cervical. Ginecol Obstet 1985;29:47-49.
 16. Maradiegue E, Salinas C, Breneissen A. Embarazo ectópico cervical. Ginecol Obstet 1985;29:44-46.
 17. Bustamante J, Caballero B, Río L. Embarazo ectópico en presencia de un dispositivo intrauterino. Comunicación de un caso y revisión de la literatura. Ginecol Obstet Méx 1986;54:131-133.
 18. De Almeida P, Pares D, Sass N, Guazzelli C. Gravidéz ectópica cervical: Revisão da literatura e relato de um caso. J Bras Ginecol 1986;96:405-409.
 19. Rodríguez C, Paladines O, Castillo J, Leone G, Balseca R, Salazar B, et al. Embarazo cervical (Reporte de Caso). Educ Med Contin 1995;47:28-32.
 20. Amor F, Vaccaro H, Martínez J, Gutiérrez M, Parada O. Embarazo cervical: tres casos clínicos. Rev Chil Obstet Ginecol 1995;60:181-183.
 21. De Souza G, Vicentini M, Marussi E, Gabiatti J, Nicolau M, Bedone A. Prenhez cervical: Considerações a respeito de dois casos. Rev Bras Ginecol Obstet 1995; 17:741-746.
 22. Carranza S, García A, Rojas E, Mantilla A. Embarazo cervical. Informe de un caso. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas. Ginecol Obstet Méx 1996;64:297-299.
 23. Soubhia I, Maganha C, Silveira K, Barbosa C. Tratamento da gravidez cervical com metotrexato: Relato de caso. Rev Bras Ginecol Obstet 1996;18:597-600.
 24. Solís H, Ramos J, Cortéz L. Embarazo ectópico cervical tratado con metotrexate. Ginecol Obstet 1997;43:167-169.
 25. Acosta L, Reyes M, Reyes M, Sánchez P. Embarazo ectópico cervical: revisión bibliográfica a propósito de un caso. Rev Cienc 1997;3:90-91.
 26. Estiú M, Nemer C, Perrone C, Campos J, Folgueira A, Juncos C, et al. Tratamiento conservador del embarazo ectópico cervical. Rev Hosp Matern Infant Ramon Sarda 1999;18:36-40.
 27. Kanzepolsky L, Baistrocchi C, Velázquez H, Debaisi I, Rubinstein M, Marazzi A, et al. Tratamiento combinado con metotrexate sistémico y resección histeroscópica en un caso de embarazo ectópico cervical. Reproducción 1999;14:51-54.
 28. Iglesias J, Sanhueza P, Arriagada J, Faúndez E. Tratamiento médico del embarazo cervical: descripción de tres casos clínicos tratados con metotrexato sistémico. Rev Chil Obstet Ginecol 2000;65:464-468.
 29. Schneider E, Iglesias R, Hott H, Israel E, Ordenes J, Guerra F. Embarazo cervical: un reto al gineco-obstetra. Rev Chil Ultrason 2000;3:118-121.
 30. Aurrecoechea J. El embarazo ectópico en la Maternidad Concepción Palacios. Rev Obstet Ginecol Venez 1946;6:134-141.
 31. Viso Pittaluga R. Un raro caso de embarazo ectópico. Bol Mat Concep Palac 1950;1:210-213.
 32. González A. Consideraciones acerca del embarazo ectópico y su incidencia en San Cristóbal. Rev Obstet Ginecol Venez 1954;14:362-372.
 33. Viso Pittaluga R, Celli B. Embarazo ectópico en la Maternidad Concepción Palacios. Rev Obstet Ginecol Venez 1955;15:715-723.
 34. Arcay Solá A. Embarazo ectópico. Rev Obstet Ginecol Venez 1955;15:733-758.
 35. Suárez Herrera R. Embarazo ectópico en el Hospital Quirúrgico y Maternidad de Maracaibo. Rev Obstet Ginecol Venez 1959;19:283-300.
 36. De Armas O. Embarazos ectópicos en el centro de salud "Luis Felipe Guevara Rojas" de El Tigre, entre agosto de 1958 a agosto de 1961. Enfoque general. Frecuencia. Tratamiento y evolución. Comentarios. Casos raros. Bol Soc Venez Cirug 1961;15:485-490.
 37. Suárez Herrera R. Embarazo ectópico en Maracaibo. Rev Obstet Ginecol Venez 1962;22:245-266.

38. Briceño R, Vielma R, Méndez S, Rivas H. Experiencia sobre el embarazo ectópico en el Hospital Central de Valera. Reevaluación de la colpotomía posterior. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1964;24:349-382.
39. Peña J. Casos atípicos de embarazo ectópico. *Bol Soc Venez Cirug* 1964;18:605-610.
40. Pernía Pérez L. Embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1972;32:69-75.
41. Lerner J, Jiménez E, Cabello F. Embarazo ectópico en la Maternidad "Concepción Palacios". 1953-1959. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1974;34:411-422.
42. Lerner J. Reingresos por embarazo ectópico en la Maternidad "Concepción Palacios". 1959-1969. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1974;34:423-430.
43. Zavala R, Sosa S. Embarazo ectópico en el Hospital "Núñez Tovar", Maturín. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1976;36:297-303.
44. Figueroa R. Embarazo ectópico en el Hospital Central "Antonio Patricio de Alcalá" durante los años 1969-1974. Cumaná, Estado Sucre. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1976;36:671-684.
45. Garran de Teppa D, Teppa P, Mundaraín A. Embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1978;36:37-39.
46. Uzcátegui O, Quintero F, Hernández C. Embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1978;38:41-43.
47. Muller G, Calpe R, Rodríguez A, Oquendo I, Rodríguez E, Monroy T. Embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1978;38:45-46.
48. Agüero O. Frecuencia actual del embarazo ectópico. *Gac Méd Caracas* 1983;91:121-123.
49. Fleitas F, Uzcátegui O, Miranda M, Meneses P, Rodríguez J. Embarazo ectópico en el Hospital General "Dr. José Gregorio Hernández", 1973-1984. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1986;46:23-25.
50. Miranda M, Fleitas F, Uzcátegui O, Rodríguez J, Meneses P. Embarazo abdominal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1986;46:31-32.
51. Colmenares G, Szczedrin W, Machado G. Embarazo simultáneo: uterino y extrauterino. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1989;49:31-32.
52. Guevara B, Guevara J, Beltrán Z, Quinto H. Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico. Hospital Universitario "Ruíz y Páez", Ciudad Bolívar, 1980-1987. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1989;49:8-12.
53. Rodríguez R, Roa G, Paiva de Alvarez S, Cabrera C. Embarazo tubárico bilateral simultáneo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1989;49:117-118.
54. Agüero O. El embarazo ectópico en la Maternidad "Concepción Palacios". *Rev Obstet Ginecol Venez* 1990;50:160-161.
55. Gutiérrez O, González M, Fernández A, Esáa H, Borregales J, Marcano A. Embarazo ectópico, diagnóstico, tratamiento. Maternidad "Concepción Palacios", Caracas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1990;50:184-188.
56. González M, Gutiérrez O, Mascaró A, Fernández A, Valera M. Embarazo heterotópico: tubárico e intrauterino. Presentación de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1991;51:125-127.
57. Hartas L, González M, Zucker E, González R. Embarazo tubárico bilateral simultáneo. Comunicación de un caso. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1992;52:99-100.
58. Rísquez F, Szajnert C. Embarazo ectópico. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1995;55:149-159.
59. Núñez J, Mármod de Maneiro L, Colmenares L, Salazar G. Embarazo ectópico en el Hospital "Manuel Noriega Trigo". *Rev Obstet Ginecol Venez* 1996;56:7-12.
60. Faneite P, García L, Repilloza M, Landa M. Embarazo ectópico. Frecuencia. Hospital "Adolfo Prince Lara", 1969-1996. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997; 57: 243-247.
61. Fernández H, Romero K, Gómez M de, García de Barriola M. Embarazo ectópico ovárico. Presentación de tres casos. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1997;57:261-264.
62. Rumbao F, Da Silva M, Benítez G, De Conno A, Pinzón A, Moros J. Embarazo ectópico abdominal a término. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2001;61:183-186.
63. Uzcátegui O, Carrillo A, Toro J. Embarazo cervical. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1978;38:27-28.
64. Marcano H, Páez J. Embarazo ístmico-cervical a término. *Bol Mat Concep Palac* 1954;5:4-7.
65. Zambrano O, Jiménez E. Embarazo cervical. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1982;42:157-159.
66. Monroy T, Afonso CG, Hernández M de. Histerec-tomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1980;40:177-181.
67. Parant O, Sarramon M, Laffitte A, Ghaoui A, Reme J. Parametrial pregnancy. Report of a case of «para-cervical» pregnancy treated by medico-surgical management. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999; 28:69-72.
68. Agüero O. Publicaciones Obstétrico – Ginecológicas - Perinatológicas Venezolanas. Volúmenes I y II. Primera edición. Caracas: Editorial Ateproca. 1993.
69. Rock J, Thompson J. Corrección quirúrgica de los defectos del soporte de la pelvis. Ginecología quirúrgica de Te Linde. 8ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1998.p.975-1112.
70. Carranza S, García A, Rojas E, Mantilla A. Cervical pregnancy. Report of a case. Diagnostic and therapeutic considerations. *Ginecol Obstet Méx* 1996;64:297-299.
71. Leeman L, Wendland C. Cervical ectopic pregnancy. Diagnosis with endovaginal ultrasound examination and successful treatment with methotrexate. *Arch Med Fam* 2000;9:72-77.
72. Jurkovic D, Hacket E, Campbell S. Diagnosis and treatment of early cervical pregnancy: A review and a report of two cases treated conservatively. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996;8:373-380.
73. Traina V, Pinto V, Marinaccio M, Quaranta M, Putignano G. Exocervical pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 1997;259:205-207.

EMBARAZO ÍSTMICO-CERVICAL

74. Cunningham F, Gant N, Leveno K, Gilstrap L, Hauth J, Wenstrom K. Obstetrical hemorrhage. En: Cunningham F, Gant N, Leveno K, Hauth J, Wenstrom K, editores. Williams obstetrics. 21 edición. New York: Mc Graw Hill; 2001.p.619-670.
75. Sheiner E, Yohai D, Katz M. Cervical pregnancy with placenta accreta. *Int J Gynecol Obstet* 1999;65:211-212.
76. Marcus S, Cheng E, Goff B. Extrauterine pregnancy resulting from early uterine rupture. *Obstet Gynecol* 1999;94:804-805.
77. Ecker J, Sorem K, Soodak L. Placenta increta complicating first trimester abortion: A case report. *J Reprod Med* 1992;37:893-895.
78. Arredondo F, Sabella V, Garza, Valente P. Placenta increta en primer trimestre de embarazo. *Ginecol Obstet Méx* 1995;63:279-281.
79. Gist R, Voung V, Brody S, Rees P, Landry A. Placenta increta occurring in a blighted ovum. *South Med J* 1996;89:545-547.
80. Walter A. Placenta increta presenting as delayed postabortal hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1999;93:846.
81. Rashbaum W, Gates E, Jones J. Placenta percreta encountered during dilatation and evacuation in the second trimester. *Obstet Gynecol* 1995;85:701-703.
82. Wheeler T, Anderson T, Kelly J, Boechm F. Placenta previa increta diagnosed at 18 weeks' gestation. *J Reprod Med* 1996;41:198-200.
83. Kinoshita T, Ogawa K, Yusumizu T, Kato J. Spontaneous rupture of the uterus due to placenta percreta at 25 weeks' gestation: A case report. *J Obstet Gynecol Res* 1996;22:125-128.
84. Passini R, Knobel R, Barini R, Marusi E. Placenta percreta with silent rupture of the uterus. *Rev Paul Med* 1996;1270-1273.
85. Sohn N, Chen S, Kalra J. Nonmetastatic trophoblastic neoplasia of the cervix following termination of a cervical pregnancy. *Obstet Gynecol* 1996;88:733
86. Palazzetti P, Cipriano L, Spera G, Aboukila M, Pachi A. Hysterectomy in women with cervical pregnancy complicated by life-threatening bleeding: A case report. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1997;24:74-75.
87. Pretzsch G, Einenkel J, Baier D, Horn L, Alexander H. Cervical pregnancy: Case report and review of the literature. *Zentralbl Gynakol* 1997;119:25-34.
88. Kung F, Chang S. Efficacy of methotrexate treatment in viable and nonviable cervical pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:1438-1444.
89. Sivalingam N, Mak F. Delayed diagnosis of cervical pregnancy: Management options. *Singapore Med J* 2000;41:599-601.
90. Wong Y, Liang E, Ng T, Lau K. A cervical ectopic pregnancy managed by medical treatment and angiographic embolization. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1999;39:493-496.
91. Fylstra D, Coffey M. Treatment of cervical pregnancy with cerclage, curettage and balloon tamponade. A report of three cases. *J Reprod Med* 2001;46:71-74.

Correspondencia a: Dr. Carlos Briceño Pérez.

1. Apartado postal 10.106. Maracaibo, Estado Zulia.
2. Av. 14. N° 84-160. Ed. Yaguazirú. Apto. 7-A. Maracaibo, Estado Zulia.
3. E-mail: cabriceno@cantv.net
4. Fax: 58-261-7978559