

# Embarazo ectópico cervical. A propósito de dos casos

## Cervical ectopic pregnancy. Report of two cases

Noé Atamari-Anahui<sup>1,a</sup>, Liz Paucar-Tito<sup>2,b</sup>, Maycol Suker Ccorahua-Ríos<sup>2,b</sup>,  
Luz Morales-Concha<sup>2,a</sup>, Lindsay Esther Girón-López<sup>3,c</sup>

### RESUMEN

**Antecedentes.** El embarazo ectópico cervical es la implantación del embrión en la zona de revestimiento del canal endocervical. Representa menos del 1% de todos los embarazos ectópicos. **Reporte de Caso:** Reportamos dos pacientes que acuden a consulta de emergencia por sangrado transvaginal. El diagnóstico de embarazo ectópico cervical fue realizado por ecografía transvaginal (7 y 8 semanas de gestación). Se inició tratamiento con metotrexato (paciente de 28 años) y metotrexato-ácido folínico (paciente de 35 años). Debido al aumento de la hormona gonadotropina coriónica humana se decidió realizar una histerectomía abdominal (paciente de 28 años) y curetaje-cerclaje cervical tipo McDonald (paciente de 35 años). No hubo complicaciones posteriores a la cirugía en ambas pacientes. **Conclusiones:** El tratamiento del embarazo ectópico cervical es controversial. Se debe elegir la terapia más apropiada para preservar la fertilidad y evitar complicaciones como la hemorragia.

**Palabras Clave:** embarazo cervical; embarazo ectópico; quimioterapia; metotrexato; Perú (**Fuente:** DeCS-BIREME).

### ABSTRACT

**Background.** Cervical ectopic pregnancy is the implantation of the embryo in the lining of the endocervical canal lining. It represents less than 1% of all ectopic pregnancies. **Case description:** We report two patients who come to the emergency room for transvaginal bleeding. The diagnosis of cervical ectopic pregnancy was made by transvaginal ultrasound (7- and 8-weeks' gestation). Treatment was started with methotrexate (28-year-old patient) and methotrexate-folic acid (35-year-old patient). Due to the increase in human chorionic gonadotropin hormone, it was decided to perform an abdominal hysterectomy (28-year-old patient) and McDonald-type cervical curettage-cerclage (35-year-old patient). There were no complications after surgery in both patients. **Conclusions:** The treatment of cervical ectopic pregnancy is controversial. The most appropriate therapy should be chosen to preserve fertility and avoid complications such as bleeding.

**Keywords:** cervical pregnancy; ectopic pregnancy; chemotherapy; methotrexate; Peru (**Source:** DeCS-BIREME).

### INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico cervical es una patología poco frecuente, que consiste en la implantación del blastocito en la pared del canal endocervical. Es una causa importante de mortalidad entre las mujeres en edad reproductiva, que se presenta en menos del 1% de todos los embarazos ectópicos en general<sup>(1)</sup>. En Perú, se ha estimado una incidencia de embarazo ectópico cervical de 1 por cada 18 500 embarazos aproximadamente<sup>(2)</sup>, y escasos reportes publicados sobre el tema<sup>(3)</sup>.

La causa de su implantación aún no se conoce; sin embargo, se considera al antecedente de curetaje endometrial, cesárea previa o fertilización in vitro como posibles predisponentes a esta condición<sup>(4,5)</sup>. Se ha reportado diversos tratamientos: uso de metotrexato, embolización de la arteria uterina, histerectomía<sup>(5,6)</sup>; sin embargo, en la actualidad no existe un consenso en el manejo de esta condición.

El objetivo de este trabajo es reportar dos casos de embarazo ectópico cervical con tratamiento

1. Universidad San Ignacio de Loyola, Vicerrectorado de investigación, Unidad de Investigación para la Generación y Síntesis de Evidencias en Salud, Lima, Perú.  
2. Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Escuela Profesional de Medicina Humana, Asociación científica de estudiantes de medicina humana (ASOCIEMH CUSCO), Cusco, Perú.  
3. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Antonio Lorena del Cusco, Cusco, Perú.  
a. Médico Cirujano.  
b. Estudiante de Medicina.  
c. Médico Ginecobstetra.

conservador que posteriormente requirieron manejo quirúrgico, y se discute los casos en base a la literatura.

## REPORTE DE CASO

### Caso 1

Paciente de 28 años, con historia gineco-obstétrica: gestaciones 3, partos 1, abortos 1 espontaneo (2015), hijos vivos 1, con fecha de última menstruación 17-04-16 y fecha probable de parto 24-01-17, con edad gestacional de 7 semanas, con menarquia a los 15 años, con ciclos menstruales regulares cada 30 días, sin ningún método de planificación familiar, inicio de actividad sexual a los 17 años, niega enfermedades de transmisión sexual. Presentó sangrado transvaginal de cuatro días de evolución de escasa cantidad sin coágulos acompañado de dolor tipo cólico en hipogastrio, de intensidad leve, sin irradiación, niega vómitos y mareos.

No presenta antecedentes personales patológicos, inmuno-alérgicos ni personales. Dentro de sus antecedentes quirúrgicos refiere una cesárea el 2006 (por feto en posición podálico). Al examen físico presenta una presión arterial de 100/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 75 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto. A la especuloscopia se observó una vagina de paredes elásticas rosadas, cérvix cerrado, escaso sangrado transvaginal no fétido. Examen gineco-obstétrico: genitales externos normales, escaso vello púbico.

Se le realizó una ecografía transvaginal, donde se evidenció un saco gestacional íntegro con una vesícula vitelina de 0,4 cm y una longitud cráneo-raquis de 0,33 cm ubicado entre el istmo y el cérvix; orificio cervical externo cerrado; concluyéndose en un embarazo ectópico ístmico-cervical. Figura 1A.

Se le administró tratamiento con metotrexato con una dosis de 1 mg/kg peso intramuscular (60 mg), al quinto día otra dosis a 50mg/m<sup>2</sup> intramuscular (82 mg) y se realizó la cuantificación seriada de la hormona gonadotropina coriónica humana. Tabla 1.

Ante el no descenso del valor de la hormona, previa conversación y autorización de la paciente y familiares se le programa a una histerectomía abdominal y se le transfunde una unidad de sangre durante la cirugía. A los cinco días post operatorio se le dio de alta a la paciente. Al control por consultorio, no se reportó complicación alguna.

### Caso 2

Paciente de 35 años, con historia gineco-obstétrica: gestaciones 2, partos 0, abortos 1 espontaneo (2010), hijos vivos 0, con fecha de última menstruación 02-08-17 y fecha probable de parto 09-05-18, con edad gestacional de 8 semanas, menarquía a los 14 años,

ciclos menstruales regulares cada 30 días, sin ningún método de planificación familiar, inicio de actividad sexual a los 15 años, niega enfermedades de transmisión sexual. Presentó sangrado transvaginal con dos días de evolución y regular cantidad de coágulos acompañado de dolor tipo cólico en hipogastrio, de intensidad leve, sin irradiación.

No presentó antecedentes personales patológicos, inmuno-alérgicos, personales y/o quirúrgicos. Al examen físico presentó una presión arterial de 110/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto. A la especuloscopia se observó una vagina de paredes elásticas rosadas, cérvix cerrado, escaso sangrado transvaginal no fétido. Examen gineco-obstétrico: genitales externos normales, vello púbico en regular cantidad.

Se realizó una ecografía transvaginal que evidenció un saco gestacional íntegro de 15,2 mm con una vesícula vitelina de 0,4 cm a nivel del cérvix, con un orificio cervical externo cerrado. Se concluyó en un embarazo ectópico cervical. Figura 1B.



**Figura 1.**

Ecografía transvaginal: A) Saco gestacional de 0,4 cm y una longitud cráneo-raquis de 0,33 cm ubicado entre el istmo y el cérvix (embrión de 7 semanas). B) Saco gestacional de 15,2 mm con vesícula vitelina de 0,4 cm a nivel del cérvix (embrión de 8 semanas).

**Tabla 1. Niveles séricos de hormona gonadotropina coriónica humana en dos casos de embarazo ectópico cervical, de 7 y 8 semanas de gestación.**

Día de hospitalización	Caso 1	Día de hospitalización	Caso 2
	Dosaje de hormona gonadotropina coriónica humana (mUI/ml)		Dosaje de hormona gonadotropina coriónica humana (mUI/ml)
1	7 031	1	39 549
3	9 365	2	Administración de metotrexato
4	Administración de metotrexato	3	44 921 (*)
7	15 357	4	Administración de metotrexato
9	Administración de metotrexato	5	48 131 (*)
11	20 582	7	Procedimiento quirúrgico.
12	Procedimiento quirúrgico.	8	11 987
15	Alta hospitalaria	10	4 159

(\*) Administración de ácido fólico.

Se administró tratamiento con metotrexato a 1 mg/Kg peso, intramuscular (64 mg) dos dosis alternando con ácido fólico 0,1 mg/Kg peso (6,4 mg); así mismo, se realizó la cuantificación seriada de la hormona gonadotropina coriónica humana.

Al no haber respuesta del tratamiento se realizó un curetaje más cerclaje cervical tipo McDonald, presentando abundante sangrado durante el procedimiento, se le transfundió dos unidades de sangre. Posterior a la intervención quirúrgica se realizó medición de la hormona, evidenciándose un descenso considerable (Tabla 1). Se le dio de alta y al seguimiento no presentó alguna complicación.

## DISCUSION

El embarazo ectópico cervical se localiza en el canal endocervical; por lo que su desarrollo en esta zona compromete la salud, fertilidad y vida de la mujer.

En el reporte se evidenció que ambas pacientes presentaron sangrado vaginal acompañado de dolor tipo cólico y se encontró al examen el cérvix cerrado, con valores incrementados de la hormona gonadotropina coriónica humana; así mismo, se estableció el diagnóstico de embarazo ectópico cervical al realizar la ecografía transvaginal donde se observó en ambos casos el orificio cervical externo cerrado con la presencia del saco gestacional<sup>(7)</sup>.

El tratamiento del embarazo ectópico cervical aún no está definido, varía desde tratamiento médico a quirúrgico dependiendo de la evaluación individual de cada paciente<sup>(5,8)</sup>. El tratamiento médico más frecuente consiste en la administración de metotrexato, un quimioterápico que tiene la función de inhibir el crecimiento trofoblástico inhibiendo la síntesis de ADN y la división celular. Se ha descrito dos formas de administración, como dosis única a 50mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal intramuscular con control sérico de la hormona gonadotropina coriónica humana al cuarto y sétimo día (la cual se espera que disminuya por lo

menos 15% de su valor inicial de lo contrario un paciente puede recibir hasta tres dosis adicionales de metotrexato cada siete días), o también se puede utilizar dosis múltiples que se administra a 1 mg/kg peso los días 1, 3, 5, 7 y 9 intramuscular, con o sin 0,1 mg/kg de ácido fólico (leucovorina) en días alternos, hasta que la hormona gonadotropina coriónica humana en suero disminuya por lo menos 15% en ocho días; considerando no administrar más de cinco dosis de metotrexato sin una interrupción de una semana<sup>(7)</sup>.

En los casos presentados no resultó exitosa la terapia médica con metotrexato similar a otro reporte en México<sup>(8)</sup>, y contrario a otros reportes en Perú<sup>(3)</sup>. Esto puede explicarse en el primer caso por una dosis inicial insuficiente al tratarse de dosis única; además de no administrar una tercera dosis siete días después de la segunda. Así mismo, en el segundo caso se utilizó la dosis múltiple; sin embargo, no se llegó a administrar el metotrexato hasta la quinta dosis, posiblemente se deba a ello que el tratamiento médico no resultó exitoso.

Si el manejo es por dosis única o dosis múltiple y se halla dolor abdominal significativo, trastorno hemodinámico o evidencia de ruptura del embarazo ectópico, el manejo quirúrgico es la alternativa, se decide este último por no evidenciarse el descenso de la hormona gonadotropina coriónica humana<sup>(7)</sup>.

En ambos pacientes se realizó el procedimiento quirúrgico como tratamiento definitivo. En el primer caso la histerectomía abdominal, que es la cirugía de elección en pacientes con sangrado transvaginal excesivo, patología uterina o que tengan cumplido sus deseos reproductivos<sup>(7)</sup>. Un manejo menos radical como en el segundo caso, es el curetaje y cerclaje cervical, permitiendo la preservación de la fertilidad además de controlar la hemorragia probable durante la extracción del trofoblasto y evitar un evento posterior de insuficiencia cervical<sup>(9)</sup>.

Existen alternativamente otros procedimientos

quirúrgicos como el pinzamiento de la arteria uterina<sup>(6)</sup>, la embolización de la arteria uterina que puede ser usada como terapia de rescate para preservación de la capacidad reproductiva<sup>(6)</sup>; sin embargo, estos procedimientos depende de algunos factores como la capacidad resolutive de la institución, si cuenta con los materiales adecuados para el procedimiento y de la experticia del personal que lo realiza, pudiéndose observar en ambos reportes diferentes métodos de tratamiento que han podido ser influenciada por esos factores.

## CONCLUSIONES

El embarazo ectópico cervical es una patología poco reportada en Perú. A pesar de no haber un consenso en el tratamiento, existen terapias médicas conservadoras que han demostrado ser útiles, y procedimientos quirúrgicos que pueden complementar al tratamiento médico; la cual dependerá de la evaluación individual de cada caso.

**Conflictos de interés:** Los autores niegan conflictos de interés.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tamayo TG, Couret MP, García I, Olazabal J. Embarazo cervical : un reto para el ginecobstetra cubano. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2015;41(3):241-51.
2. Villanueva L, Mario J, Díaz Ledesma L, Cáceres Chu E. Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins entre 1998 y 2002. *Rev Medica Hered.* 2005;16(1):26-30.
3. Solís H, Ramos P, Jefferson L. Embarazo ectópico cervical tratado con metotrexate. *Rev Peru*

- Ginecol y Obstet.* 1997;43(2):167-9.
4. Viera Hernandez MI, Molina Peñate L, Tapia G. Embarazo ectópico cervical. *Rev Cuba Ginecol y Obstet.* 2017;43(3):125-35.
5. Uludag SZ, Kutuk MS, Aygen EM, Sahin Y. Conservative management of cervical ectopic pregnancy: Single-center experience. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017;43(8):1299-304.
6. Takeda K, Mackay J, Watts S. Successful Management of Cervical Ectopic Pregnancy with Bilateral Uterine Artery Embolization and Methotrexate. *Case Rep Emerg Med.* 2018;2018:1-4.
7. Hosni MM, Herath RP, Rashid M. Diagnostic and Therapeutic Dilemmas of Cervical Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2014;69(5):261-76.
8. Río de la Loza Cava L, Moyers Arévalo JA. Embarazo ectópico cervical. Cuando el tratamiento conservador falla. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. 2012;80(10):668-72.
9. Troncoso R. F, Cardone P. X, Rondini F-D. C., Troncoso R. C. Embarazo ectopico cervical: Diagnostico y tratamiento conservador con cerclaje cervical. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2005;70(4):257-60.
10. Castillo-Luna R, Zea-Prado F, Torres-Valdez E. Pinzamiento de arterias uterinas por vía vaginal previo a legrado cervical en embarazo ectópico cervical: reporte de tres casos y revisión bibliográfica. *Ginecol Obstet Mex.* 2015;83(10):648-55.

## Correspondencia

Maycol Suker Ccorahua-Rios  
Dirección: Av. Uruguay M-3, Cusco, Perú.  
Teléfono: 51 964217232  
Correo: [maycol.s.c.r@hotmail.com](mailto:maycol.s.c.r@hotmail.com)

## Revisión de pares

Recibido: 16/08/2020  
Aceptado: 15/09/2020