

Artículo de presentación de casos clínicos

**Embarazo ectópico cervical, manejo conservador. Reporte de caso clínico.  
Cervical ectopic pregnancy, conservative management. Clinical case report.**

Marjury Alejandra Muriel Tendetza\*, Jair Germánico Albán Recalde\*\*, Carlos Adrián Aguayo Eldredge\*\*\*,  
Danny Fernando Trujillo Medina\*\*\*\*

\*Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”. Quito-Ecuador. <https://orcid.org/0000-0001-7948-7568>

\*\*Hospital Rafael Ruiz. Pujilí-Ecuador. <https://orcid.org/0000-0002-3713-5596>

\*\*\*Hospital Gineco Obstétrico de Nueva Aurora “Luz Elena Arismendi”. Quito-Ecuador.  
<https://orcid.org/0000-0003-3006-4171>

\*\*\*\*Hospital de Sigchos. Sigchos-Ecuador. <https://orcid.org/0000-0003-3495-6097>  
marjury.muriel@gmail.com

Recibido: 5 de mayo del 2021

Revisado: 10 de noviembre del 2021

Aceptado: 03 de diciembre del 2021

**Resumen.**

**Introducción:** El embarazo ectópico se define como la implantación del cigoto en un sitio diferente a la cavidad uterina, siendo estos la trompa de falopio, el ovario, órganos abdominales o el cérvix. Al implantarse a nivel del orificio cervical interno o por debajo, se considera embarazo ectópico cervical; cuya presentación es singular con una incidencia de 1 por cada 2500 a 98000 embarazos. Siendo esta una condición peligrosa y potencialmente mortal, debido a que el trofoblasto puede alcanzar los vasos uterinos a través del cérvix, provocando sangrados masivos. Anteriormente su diagnóstico era incidental, durante un legrado por sospecha de aborto incompleto que causaba hemorragia incontrolable y terminaba en histerectomía. En la actualidad, con el uso de la ecografía y el diagnóstico a tiempo, se puede realizar un manejo farmacológico conservador o técnicas quirúrgicas que evitan la histerectomía; permitiendo conservar la fertilidad de la mujer.

**Objetivo:** Describir un caso clínico de embarazo ectópico cervical con manejo conservador.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico.

**Resultados:** Se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 37 años de edad, nulípara, que cursa segunda gesta de 7,6 semanas, con antecedente de un aborto; que acude a emergencias gineco obstétricas por presentar dolor abdominal y sangrado vaginal. Se realiza ecografía en la que se reporta un cuello uterino de 63.9 mm, ocupado por saco gestacional irregular de 42.89 mm; conteniendo embrión de 12.1mm con actividad cardíaca. Determinándose como diagnóstico embarazo ectópico cervical, por lo que se decide iniciar manejo conservador, con Metotrexato 61mg intramuscular los días 1,3,5 y 7 y con ácido fólico 6.1mg intravenoso los días 2,4,6 y 8. Se realiza control ecográfico en el que se observa falla terapéutica. Por el deseo de fertilidad de la paciente, se decide utilizar cloruro de potasio intrasacular; al insertar 1 mm la aguja provoca hemorragia que obliga llevar a la paciente a quirófano. Se realizó pinzamiento de arterias cervicouterinas y posteriormente bajo guía ecográfica se ejecutó aspirado manual endouterino. Además, se colocó Balón de Bakri para controlar hemorragia, evitando efectuar histerectomía.

**Conclusiones:** El embarazo ectópico cervical es una presentación rara y muy peligrosa del embarazo. Al ser diagnosticado a tiempo mediante ecografía, se puede realizar un manejo conservador tanto farmacológico como quirúrgico, evitando la histerectomía.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico, cuello del útero, Metotrexato.

**Abstract**

**Introduction:** Ectopic pregnancy is defined as the implantation of the zygote outside the uterine cavity such as the fallopian tube, ovary, abdominal organs, or cervix. The implantation at the level of the internal cervical os

or below is considered a cervical ectopic pregnancy. Corresponding to an unusual type, with an incidence of 1 in 2500 to 98000 pregnancies. It is an extremely dangerous and potentially fatal condition, where the trophoblast can reach the uterine vessels through the cervix producing massive bleeding. In the past, the diagnose was commonly incidentally. Performed during curettage of a suspected incomplete abortion, associated with uncontrollable bleeding resulting in a hysterectomy. Nowadays, ultrasound and early diagnosis allow treating the patient with conservative pharmacological management or surgical techniques, avoiding hysterectomy, and preserving fertility.

Objective: Describe a clinical case of cervical ectopic pregnancy treated with conservative management.

Material and methods: Retrospective descriptive study, clinical case report.

Results: Clinical case of a 37-year-old nulliparous female patient, with a second pregnancy of 7.6 weeks and history of abortion. Attending to obstetric gynecological emergencies, due to abdominal pain and vaginal bleeding. The ultrasound examination detected a 63.9 mm cervix, occupied by an irregular gestational sac of 42.89 mm containing a 12.1 mm embryo with cardiac activity. Confirming the diagnosis of cervical ectopic pregnancy. Therefore, it was decided to start conservative management with intramuscular methotrexate of 61mg on days 1,3,5 and 7 and intravenous folic acid of 6.1mg on days 2,4,6 and 8. Ultrasound examination was performed, manifesting therapeutic failure. Considering the patient's wish to preserve fertility, she was treated with an intrasacular injection of potassium chloride, inserting 1 mm of the needle provoking bleeding. The patient was transferred to the operating room, where the cervical arteries were clamp and manual vacuum aspiration was performed under ultrasound guidance. A Bakri balloon was placed to control bleeding, preventing hysterectomy.

Conclusions: Cervical ectopic pregnancy is a rare and dangerous type of pregnancy. An early ultrasound detection permits pharmacological and surgical treatment using conservative management, avoiding hysterectomy.

Keywords: Ectopic pregnancy, cervix, Methotrexate.

### **Introducción.**

Se define como embarazo ectópico a la implantación del blastocisto en un sitio anatómico diferente al endometrio de la cavidad uterina, como la trompa de falopio que representa el 95 %, en el ovario el 3.2%, en sitios abdominales el 1.3%. El embarazo ectópico cervical es raro y representa apenas el 0.15% (1).

Se considera un embarazo ectópico cervical, al existir una implantación a nivel del orificio cervical interno o por debajo de éste, teniendo una incidencia de 1 por cada 2500 a 98000 embarazos. Esta es una presentación patológica muy peligrosa, debido a que el trofoblasto puede alcanzar los vasos uterinos a través del cérvix y causar una hemorragia grave; en muchos casos termina en cirugía como histerectomía radical (2).

Antes de 1980 los embarazos ectópicos cervicales en muchas ocasiones se hallaban por casualidad al momento de realizar un legrado en sospecha de aborto incompleto, presentando hemorragias incontrolables que terminaban en histerectomía (2-4). Sin embargo, el diagnóstico temprano mediante el uso de la ecografía ha permitido que se pueda realizar un manejo conservador; con medicamentos tales como el metotrexato y ácido fólico; siendo

estos útiles en casos de pacientes con deseo de conservar su fertilidad (2-4).

En reportes de varios casos clínicos en los que mediante ecografía se ha diagnosticado un embarazo ectópico endocervical se ha reportado la utilización de metotrexato a dosis de 1 mg/kg/día en los días 1, 3, 5 y 7 más tratamiento de rescate con ácido fólico los días 2, 4, 6 y 8; con una dosis máxima de 4 dosis con resultados positivos para evacuar el embarazo ectópico (3). Aunque también existen otros casos reportados que pese a este tratamiento han sido necesarios procedimientos adyuvantes tales como electrocoagulación a través de histeroscopia (2), o legrado evacuador por aspiración (5).

Antiguamente se realizaba histerectomía radical debido al sangrado abundante, actualmente se han reportados casos en los que se utilizan nuevos procedimientos quirúrgicos, que evitan la histerectomía; tales como el taponamiento intracervical posterior al legrado endocervical, cerclaje cervical, angio-embolización de las arterias uterinas, resección por vía histeroscópica, y ligadura de las arterias uterinas o hipogástricas. Permitiendo reducir la tasa de mortalidad hasta el 6% y preservar la capacidad fértil en la mujer (5,6).

### Objetivo

Describir un caso clínico de embarazo ectópico cervical con manejo conservador.

### Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo, presentación de caso clínico de embarazo ectópico cervical manejado de manera conservadora. Mediante tratamiento farmacológico y quirúrgico conservador evitando la histerectomía.

### Resultados

Paciente femenina mestiza de 37 años de edad, nacida y residente en Quito, Amagaña.

Instrucción: secundaria, ama de casa, sin antecedentes clínicos y quirúrgicos de importancia. Antecedentes obstétricos: menarquia a los 14 años, ciclos menstruales regulares con una duración de 7 días y fecha de última menstruación (FUM) el 12/02/2019.

Gestas: 2, abortos: 1, partos: 0, cesáreas: 0, hijos vivos: 0, edad gestacional: 7.6 semanas por FUM. Motivo de consulta: Dolor abdominal tipo cólico y sangrado vaginal.

Enfermedad actual: Paciente acude al servicio de emergencias del Hospital Gineco Obstétrico "Luz Elena Arismendi" por presentar dolor abdominal tipo cólico de predominio en hipogastrio de intensidad leve. Acompañado de sangrado vaginal escaso de coloración café oscuro, de 15 días de evolución. A la exploración física se encontró en buen estado general, sin ningún hallazgo relevante. En la especuloscopia se observó, cérvix violáceo, orificio cervical externo entreabierto con sangrado escaso. Se realizó un rastreo ecográfico en donde se visualizó a nivel de cérvix, saco gestacional con latido cardíaco presente. Se decide ingreso al área de Alto riesgo Obstétrico, para manejo clínico.

Se complementó estudios con análisis de la hormona beta-gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -HCG), pruebas de función hepática, renal, tiempos de coagulación y biometría hemática completa. La concentración inicial de la  $\beta$ -HCG fue de 75125; por lo que se solicitó ecografía transvaginal, por la unidad materno fetal (Figura 1 y 2). La cual reportó, endometrio de 20.6 mm, múltiples imágenes ecorrefringentes compatibles con pólipos endometriales, cuello uterino de 63.9 mm ocupado por saco gestacional irregular de 42.89 mm;

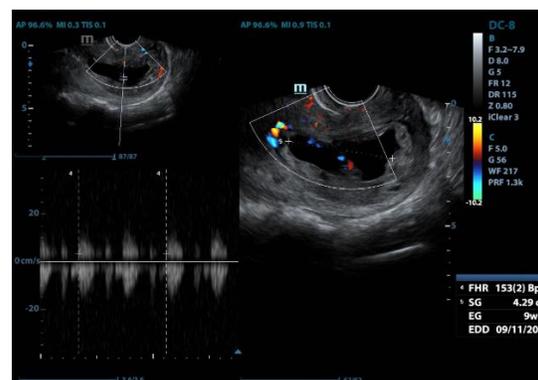
conteniendo embrión de 12.1mm con actividad cardíaca de 176 lpm, anexos de aspecto normal.

Se inicia esquema múltiple con metrotexato intramuscular 61 mg cada 48 horas los días 1-3-5-7, más ácido fólico como rescate a 0.1 mg/kg peso, 6.1 mg por vía intravenosa los días 2-4-6-8.



**Figura 1.** Embarazo ectópico cervical de 7.3 sem por LCR, saco gestacional de 42,89mm.

Fuente: Datos tomados de la historia clínica.



**Figura 2.** Saco gestacional irregular conteniendo en su interior embrión de 12.1 mm con actividad cardíaca.

Fuente: Datos tomados de la historia clínica.

En la primera dosis del tratamiento conservador, se evidenció niveles elevados de ( $\beta$ -HCG) y en el control ecográfico se observó útero aumentado de tamaño y endometrio con imágenes ecomixtas de 15 mm de grosor (Figura 3); compatibles con coágulos sanguíneos. Se apreció saco gestacional de 57.1 mm de localización cervical, con embrión en su interior que posee actividad cardíaca; fondo de saco de Douglas libre.



**Figura 3.** Saco gestacional alargado de bordes irregulares de 57,1 mm y embrión con frecuencia cardíaca.

Fuente: Datos tomados de la historia clínica.

Considerando los deseos de fertilidad de la paciente se explicó los riesgos de su condición y las posibilidades terapéuticas, tras el fallo del tratamiento conservador. Por lo que se consideró el uso de cloruro de potasio intrasacul, debido a que la tasa de fracaso terapéutico con tratamiento conservador es alta. La combinación de metrotexato y la colocación intrasacul de cloruro de potasio, aumenta la tasa de éxito en un 60 a 90 %. Para ello se tomó en cuenta los siguientes puntos: niveles de BHCG mayores a 5000, embrión con actividad cardíaca y diámetro del saco gestacional mayor a 4 cm, cumpliendo los aspectos mencionados, se inició el procedimiento y se introdujo 1 mm de la aguja espinal tipo Tohu # 18. Generando una salida abundante de sangre de cavidad uterina, aproximadamente 500 cc. Se colocó gases compresivos sin éxito, por lo que se llevó al paciente a quirófano; donde se procedió al pinzamiento de las arterias cervicouterinas (Técnica Zea). Cediendo el sangrado, posteriormente bajo guía ecográfica se realizó aspirado manual endouterino. Con cánula de Hartman 6 y 8 se extrajo restos coriodesiduales, verificando que no exista sangrado activo endocavitario. Se llevó a cabo la liberación de las pinzas que clamplean las arterias ya descritas. Se procedió a colocar el balón de Bakri, manteniendo taponamiento con compresas; logrando controlarla hemorragia. Durante el procedimiento, se evidenció un sangrado aproximado de 2500 ml. Por lo cual se efectuó un recuento sanguíneo completo, los valores reportaron hemoglobina de 6.8 g/dl, hematocrito 19.8 %, plaquetas 169.000. En la sala

de recuperación la paciente presentó hipotensión: tensión arterial sistólica de 97-100 mm Hg, tensión arterial diastólica de 60- 40 mm Hg y diuresis horaria en 20 ml en una hora; lo que se corrigió con cristaloides, las pérdidas hemáticas con 4 concentrados globulares y 7 crioprecipitados. Ingresándola a UCI, para monitorización y manejo de posibles complicaciones. Se decidió descomprimir paulatinamente la presión hidrostática del Balón de Bakri, con éxito sin evidencia de sangrado activo. En la ecografía transvaginal de control, no se observó saco gestacional intracervical (Figura 4).



**Figura 4.** Endometrio heterogéneo sin saco gestacional.

Fuente: Datos tomados de la historia clínica.

Después de permanecer por más de 24 horas en UCI, sin fallas orgánicas, ni inestabilidad hemodinámica; se trasladada al servicio de Patología Obstétrica donde presentó sangrado escaso de coloración oscuro; por lo que se administra metilergometrina 0.2 mg intramuscular, por 2 dosis. Tras haber superado las múltiples complicaciones, la paciente fue dada de alta, con prescripción de analgésicos y anticoncepción.

#### Discusión.

Antiguamente el diagnóstico de esta patología era de manera incidental, en sospecha de aborto incompleto. Siendo esto reportado en el año 1978, en la revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador; en donde publican 2 casos clínicos de embarazos ectópicos cervicales (7). Ambas pacientes ingresaron con sospecha de aborto incompleto, siendo tratadas mediante manejo quirúrgico, presentando complicaciones con hemorragias incontrolables; terminando en histerectomía total (7).

No solo en el pasado se utilizaba la histerectomía total, como tratamiento del embarazo ectópico

cervical. En el año 2017, se reportó un caso de una paciente de 31 años de edad ingresada por aparente aborto séptico. Se realizó revisión de cérvix uterino, encontrándose saco gestacional adherido, roto y con sangrado activo, motivo por el cual el caso terminó en histerectomía total (8).

La importancia del diagnóstico temprano y la utilización de una herramienta fundamental, como es la ecografía, hace posible un manejo conservador incluso de índole quirúrgico. Lo cual se evidenció, en un caso clínico presentado en el Hospital General del IESS de Portoviejo. En donde se trata a una paciente de 40 años de edad, que presentó amenorrea de 5,6 semanas, con escaso sangrado transvaginal. Se realizó una ecografía, la que reportó un saco gestacional en el conducto endocervical de 12 mm, con actividad cardíaca. Determinando embarazo ectópico cervical, siendo tratado mediante legrado instrumental uterino sin complicaciones (9).

De igual manera, se reporta un caso clínico de una paciente con embarazo de 4,5 semanas; con hallazgo ecográfico de embarazo ectópico cervical. Utilizando tratamiento farmacológico a base de metotrexato 1 mg/kg/día los días 1, 3, 5 y 7, más tratamiento de rescate con ácido fólico los días 2, 4, 6 y 8; mismo tratamiento utilizado en el caso clínico presentado. Sin embargo, los valores de la BHCG no descendieron considerablemente, debido a esto, se resolvió mediante histeroscopia quirúrgica; sin necesidad de terminar en histerectomía (2).

Un caso de una paciente de 37 años con antecedente de aborto y que cursa embarazo de 7,4 semanas; conseguido por inseminación artificial en el que se diagnostica como embarazo ectópico cervical mediante ecografía. Se decidió el uso de mifepristona por vía oral y misoprostol por vía vaginal, por 2 ocasiones lo cual ocasiona hemorragia vaginal; tratada quirúrgicamente con ligadura de vasos paracervicales y cerclaje cervical con la técnica de McDonald. A las 4 semanas se retira cerclaje y se evidencia BHCG negativa, con eliminación total del saco gestacional determinado por ecografía (10).

El deseo de fertilidad es un factor muy importante en la toma de decisiones terapéuticas. No hay publicaciones que describan los factores de riesgo para presentar embarazo ectópico cervical, sin embargo, se pone en consideración los factores de riesgo de embarazo ectópico cervical como:

enfermedades inflamatorias pélvicas, cirugías ginecológicas previas, uso de dispositivos intrauterinos, consumo de cigarrillos, tabaco, edad materna, mioma uterino, torsión de anexos y embarazo ectópico accidentado, etcétera (11).

### Conclusiones

El embarazo ectópico cervical es una presentación grave, pudiendo ocasionar hemorragias incontrolables que terminan en histerectomía.

La presunción diagnóstica y el uso de la ecografía han permitido la introducción de esquemas terapéuticos conservadores, ya sean con fármacos o procedimientos quirúrgicos menores. Permitiendo conservar la fertilidad de las pacientes que no han podido concebir.

Es importante incentivar la presentación de casos clínicos de dicha patología, con el fin de consolidar en estudios que permitan establecer una guía de manejo, para este tipo de embarazo ectópico.

### Consideraciones éticas

Para la realización del presente reporte de caso se obtuvo el consentimiento informado de la paciente, facilitando así la realización del mismo.

### Conflicto de interés

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés.

### Referencias Bibliográficas

1. Hu H, Sandoval J, Hernández A, Vargas J. Embarazo Ectópico: Revisión bibliográfica con enfoque en el manejo médico. *Rev Clin Esc Med UCR-HSJD*. 2019;9(1):28–36. Available from: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/clinica/article/view/36490>
2. Alanis J, Brindis A, Martínez M. Cervical ectopic pregnancy. Hysteroscopy treatment, case report. *Ginecol Obstet Mex*. 2015;83(5):302-7. Available from: [www.ginecologiyobstetriciademexico.com](http://www.ginecologiyobstetriciademexico.com)
3. Valladares B, Castillo J, Valladares M, Medina D, Solórzano S, Pérez O. Embarazo Cervical: Reporte de Caso Revisión Bibliográfica. 2016;12(3):20. Available from: [www.archivosdemedicina.com](http://www.archivosdemedicina.com)
4. Martínez R, Quintero L, García C, Fernández A. Embarazo ectópico cervical:

diagnóstico preciso y enfoque de manejo médico. *Universitas Médica*. 2018;59(1):1-12. Available from:

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedia/article/view/21313>

5. Sanchis M, Grau M, Estruch A, Sifres M, Usó M, Carmona J. Gestación ectópica cervical: Diagnóstico y tratamiento. *Prog Obst y Gine*. 2016;59(2):78-82. Available from:

[https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n2/07\\_PracticaClinica\\_Sanchis\\_esp.pdf](https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n2/07_PracticaClinica_Sanchis_esp.pdf)

6. Ruipérez E, Gutiérrez A, Brenes J, Asenjo E, Coronado P, Herráiz M. Embarazo ectópico cervical: Reporte de un caso. *Rev Per Gine y Obst*. 2019;65(4):541-4. Available from:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322019000400020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2304-51322019000400020&script=sci_arttext)

7. Bucheli R, Orbe F, Bucheli E. Embarazo cervical. *Rev Fac Cien Med*. 2017; 4(3-4):107-13. Available from:

[https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS\\_MEDICAS/article/view/446](https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/446)

8. Cepeda B, Vanessa P. Histerectomía abdominal total por embarazo ectópico cervical. [Tesis de pregrado]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2018. Recuperado a partir de: <https://repositorio.uta.edu.ec/>

9. Intriago C, Cedeño I, Murillo A, Campoverde N. Embarazo ectópico cervical: Reporte de caso clínico. *QhaliKay Rev Cien Sal*. 2019;3(1):1-7. Available from:

<https://revistas.utm.edu.ec/index.php/QhaliKay/article/view/2049>

10. Arozamena B, Muñoz A, Merino A. Caso Clínico: embarazo ectópico cervical, presentación de un caso clínico. *Rev. Chil. Obst. Ginecol*. 2017;82(2):610-13. Available from:

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000600610>.

11. Salinas V, Cadena G, Tubón J, Solis M. Factores de riesgo en el embarazo ectópico cornual. *Medi ciencias UTA*. 2020;4(2):67. Available from: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medicinas/article/view/1239>.