

Embarazo ectópico cervical: Descripción de un caso

Migdania Martínez Madrigal,¹ María del Carmen Colín Ferreyra,²
Juan Carlos Santiago Nuñez³

Cervical ectopic pregnancy: Description of a case

Recibido: 9 de enero de 2025

Aceptado: 14 de marzo de 2025

Resumen

Antecedentes: es una complicación rara que resulta de la implantación del trofoblasto en el canal cervical se asocia a una significativa morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva. Representa alrededor de 0,1 % de los embarazos ectópicos. La incidencia se estima en 1: 2500 a 1: 98,000 embarazos. Es un fenómeno extraño.

Principales síntomas y/o hallazgos clínicos: femenina de 39 años Gesta 3 Cesárea 1, ectópico 1 hace 2 años se realizó salpingo-ooforectomía, con deseo de nuevo embarazo se somete a inducción de ovulación donde se presenta embarazo cervical, tras dos dosis de administración de metotrexate, presenta de forma espontánea sangrado transvaginal.

Diagnósticos principales, intervenciones terapéuticas y resultados: Se realiza ultrasonido Endovaginal con presencia de saco gestacional a nivel cervical con imagen de embarazo ectópico cervical, los niveles de hormona gonadotropina coriónica bajaron de 8,000 a 6,000 miliunidades internacionales por litro (mIU/mL), tras la administración de metotrexato.

Conclusión: El tratamiento es controvertido, existen muy pocos casos descritos en la literatura. Incluye opciones terapéuticas médicas con metotrexato es la opción de primera línea en pacientes hemodinámicamente estable posibilitando la fertilidad, optando la opción quirúrgica, en base al estado hemodinámico de la paciente.

PALABRAS CLAVE

Embarazo; ectópico, descripción de un caso.

Abstract

Background: Is a rare complication that results from trophoblast implantation in the cervical canal and is associated with significant morbidity and mortality in women of reproductive age. It accounts for about 0.1% of all ectopic pregnancies. The incidence is estimated at 1:2500 to 1:98,000 pregnancies. It is a strange phenomenon.

Main symptoms and/or clinical findings: 39-year-old female patient Pregnancy 3 Cesarean section 1, ectopic 1 2 years ago, a right salpingo-oophorectomy was performed, with a desire for a new pregnancy, she underwent ovulation induction where a cervical pregnancy occurred, after two doses. administration of methotrexate, spontaneously presents transvaginal bleeding.

Main diagnoses, therapeutic interventions and results: Endovaginal ultrasound was performed with the presence of a gestational sac at the cervical level with an image of cervical ectopic pregnancy, the levels of chorionic gonadotropin hormone decreased from 8,000 to 6,000 milliinternational units per liter (mIU/mL), after the administration of methotrexate.

Conclusion: The treatment of this pathology is controversial, since there are very few cases described in the literature. It includes both medical therapeutic options with methotrexate being the first-line option in hemodynamically stable patients, enabling fertility, opting for the surgical option, based on the patient's hemodynamic status.

KEY WORDS

Pregnancy; ectopic, case description.

¹ Universidad Autónoma del Estado de México, México. migdaniammadrigal@yahoo.com.mx ² Universidad Autónoma del Estado de México, México. ³ Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Antecedentes

El embarazo ectópico se define como una condición potencialmente mortal en la que la implantación del blastocisto se produce en un sitio diferente a la cavidad uterina normal. El Embarazo Cervical (EC) es una complicación rara que resulta de la implantación del trofoblasto en el canal cervical y se asocia a una significativa morbilidad y mortalidad en mujeres en edad reproductiva.^{1,9,13} Representa alrededor de 0,1 % de todos los embarazos ectópicos. La incidencia se estima en 1: 2500 a 1: 98,000 embarazos.^{3,8,16} Es un fenómeno extraño. La primera descripción del embarazo cervical fue realizada en 1817, pero fue nombrado así en 1860.^{1,10} Ya en el año 1911 se establecen los primeros criterios diagnósticos.^{5,11,15}

La causa de su implantación aún no se conoce; sin embargo, se considera al antecedente de curetaje endometrial, cesárea previa, colocación de DIU o fertilización in vitro como posibles predisponentes.⁵ Su tendencia actual ha aumentado en los últimos años.⁶

El manejo del embarazo ectópico cervical está en relación estrecha con la edad gestacional, las condiciones clínicas y la paridad de la paciente. En la literatura se mencionan una serie de pautas terapéuticas que comprenden cerclaje cervical, taponamiento cervical mecánico, embolización arterial uterina, y uso coadyuvante de metotrexato. Estos tratamientos dan buenos resultados antes de las 8 semanas de gestación.^{1,4,12,14}

Las bases para elegir el tratamiento son la condición hemodinámica de la paciente, principalmente es el elemento para considerar; la histerectomía abdominal, es la cirugía de elección en pacientes con sangrado transvaginal excesivo, patología uterina o que tengan cumplido sus deseos reproductivos.³⁻⁷

Por su interés y poca frecuencia, se decidió exponer el siguiente caso, lo que pudiera contribuir al diagnóstico temprano de otros casos similares, y con ello a reducir la morbimortalidad por esta causa.

Caso clínico

Exponemos el caso de paciente femenina de 39 años, atendida en Reina Madre Clínicas de la Mujer con motivo de consulta y síntomas primarios de sangrado transvaginal obscuro escaso, dolor de cabeza, mareos y amenorrea de 11 semanas, prueba de embarazo positiva,

Con historial médico de gesta 3, cesárea 1, ectópico 1. Tiene una hija viva de 15 años que nació a través de cesárea. Antecedente de intervención quirúrgica por embarazo ectópico derecho donde se realizó salpingooforectomía derecha sin complicaciones hace 2 años. Antecedente desde hace 6 meses en tratamiento en biología de la reproducción con inductores a la ovulación en búsqueda de embarazo.

Hallazgos clínicos

Se presenta con signos vitales frecuencia cardíaca de 82 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minuto, presión arterial de 100/60 mmHg. Ante la exploración física con palidez generalizada +, sin compromiso cardiopulmonar, abdomen sin datos de irritación peritoneal, blando no doloroso, a la revisión de la especuloscopia sin presencia de sangrado activo, sin dolor a la movilización,

Línea temporal

Información histórica de la paciente incluye un incremento de hormona gonadotrófica cuantitativa en las primeras semanas la cual posterior a la administración de dosis de metotrexato disminuyó de forma que siguió una línea temporal coherente, en su disminución de niveles.

Evaluación diagnóstica

Las pruebas diagnósticas realizadas y positivas en la exploración física fue la especuloscopia con visión directa, pruebas de laboratorio con niveles de hormona gonadotrófica coriónica, la cual llegó a 8,000 mUI/ml, para disminuir a 6,000 mUI/ml posterior a la administración de metrotexate.

En la imagen se muestra saco gestacional a nivel cervical, completamente ectópico con integridad, así como endometrio engrosado en toda la totalidad de la cavidad endometrial.

Desafíos diagnósticos

El diagnóstico se sospecha con la amenorrea y una vez que se confirma el embarazo se debe documentar con niveles de hormona gonadotropina cuantitativa, si hay acceso a las pruebas por imagen es importante documentar como en este caso se visualizó el saco gestacional a nivel cervical interno (Figura 2) el pronóstico con 11 semanas de amenorrea es desfavorable.

Intervención terapéutica

Para el manejo del embarazo ectópico cervical los tipos de intervención terapéutica van desde la administración farmacológica con base en metotrexato, al manejo quirúrgico.

En el caso de la paciente se administró metotrexato previo a la cirugía como intervención definitiva a la terapéutica, a dosis de 1 mg/kg en días alternos (día 1, día 3), con suplemento de ácido fólico en los días intermedios, a dosis de 0,1mg/kg (día 2). El metotrexato tiene acción antiproliferativa, inhibiendo el metabolismo del ácido fólico y puede generar toxicidad, por lo que es necesario administrar el ácido fólico para contrarrestar la toxicidad. Los niveles de hormona gonadotrófica coriónica, al momento de diagnóstico fueron 8,000 mUI/ml, para disminuir a 6,000 mUI/ml posterior a la administración de metrotexate.

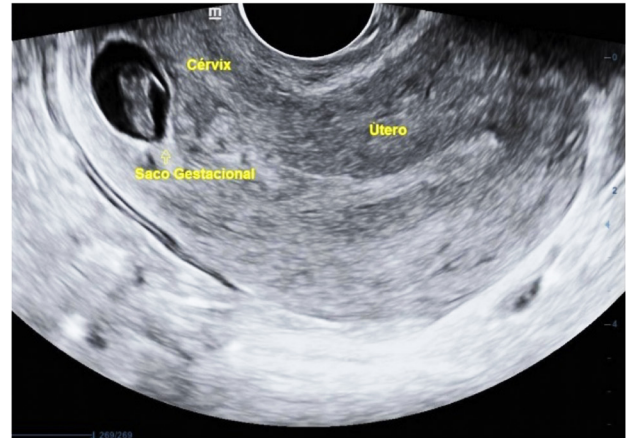
Seguimiento y resultados

Presentó disminución de niveles de hormona gonadotropina coriónica, sin embargo, clínicamente presenta incremento de sangrado transvaginal por lo cual se requiere complementar manejo con cirugía y se realizan preoperatorios para realizar histerectomía tipo I, posterior al manejo conservador.

Discusión

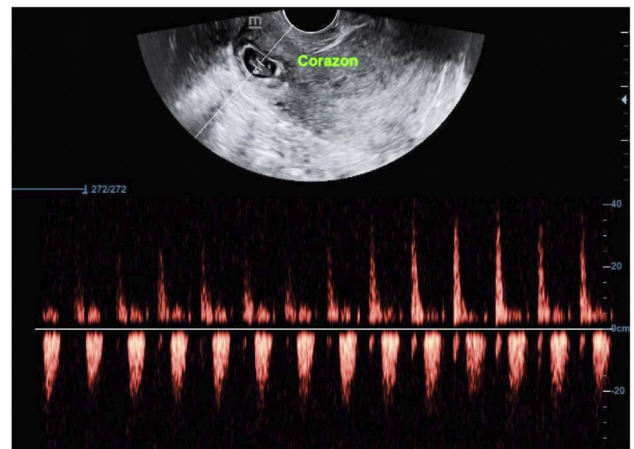
El embarazo ectópico es una de las emergencias médicas más frecuentes del primer trimestre de embarazo, con una incidencia reportada en la literatura internacional cercana a 2 %. El embarazo ectópico cervical es una subcategoría del embarazo ectópico que rara vez se observa, presentándose 0,15 % del total. El cérvix es un sitio peligroso y poco frecuente de implantación placentaria que se asocia con una alta morbilidad ya que el trofoblasto puede penetrar a través de la pared cervical o hacia los vasos uterinos. Dado que un verdadero embarazo cervical es incompatible con un feto viable, la implantación anormal en general produce síntomas durante el primer trimestre.

Figura 1
Saco gestacional a nivel cervical



Fuente: Elaboración propia.

Figura 2
Embarazo ectópico con actividad en embriocardio



Fuente: Elaboración propia.

Ankum et al., Mol et al., y Dart et al., identificaron varios factores de riesgo, entre ellos: Cirugía tubárica previa, embarazo ectópico previo, historia de enfermedad pélvica inflamatoria, historia de infertilidad, historia de clamidia o cervicitis gonocócica, anormalidad tubárica diagnosticada, ligadura tubárica, concepción mientras se usa DIU, síndrome de Asherman, cesárea previa, exposición a dietilbestrol, leiomiomatosis, anormalidades estructurales y fertilización *in vitro*.

En 1978, Raskin reportó el primer diagnóstico ecográfico de embarazo ectópico. Desde entonces, con la ayuda de la ecografía, el diagnóstico de los embarazos ectópicos cervicales ha sido en estadios más precoces del embarazo. La experiencia acerca de este tipo de embarazo es limitada para recomendar el tratamiento más eficaz.

En relación con el diagnóstico del embarazo ectópico cervical, Palman y McElin propusieron cinco criterios clínicos: 1. Hemorragia uterina sin calambres luego de un periodo de amenorrea. 2. Cérvix blando y agrandado cuyo tamaño es igual o mayor que el fondo del útero (útero en forma de reloj de arena). 3. Producto de la concepción totalmente limitado adentro y firmemente adherido al endocérvix. 4. Orificio cervical interno cerrado. 5. Orificio externo parcialmente abierto.

Kung y otros autores han descrito criterios ultrasonográficos para embarazo cervical a) Identificación del saco gestacional o de la placenta dentro del cuello uterino. b) Embarazo intrauterino inexistente. c) Visualización de una línea endometrial normal. d) Útero en reloj de arena (en forma de ocho) con un canal cervical prominente. e) Un saco con actividad cardíaca activa por debajo del orificio cervical interno, lo que indica un embarazo viable.

Oliva Rodríguez señala que la ultrasonografía transvaginal ha permitido ampliar y refinar el diagnóstico del embarazo ectópico, puesto que permite determinar la presencia de un saco gestacional intrauterino a partir de las cuatro semanas de gestación.

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 han descrito dos formas de administración, como dosis única a 50mg/m² de superficie corporal intramuscular con control sérico de la hormona gonadotropina coriónica humana al cuarto y séptimo 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. El procedimiento quirúrgico como tratamiento definitivo: la histerectomía abdominal, es la cirugía de elección en pacientes con sangrado transvaginal excesivo, patología uterina o que tengan cumplido sus deseos reproductivos.

Las pacientes portadoras de embarazo ectópico la gama de posibilidades de síntomas va desde ser asintomáticas hasta un abdomen agudo. Los síntomas clásicos son dolor abdominal (99 %), amenorrea (74 %) y metrorragia (56 %). El examen físico es posible encontrar dolor anexial y a la movilización cervical, palpación de tumor anexial y útero con o sin aumento de tamaño. La triada clásica descrita en la literatura es: dolor abdominal, alteración menstrual (amenorrea o metrorragia) y presencia de tumor anexial.

La hormona gonotrófica coriónica (bhcg) es una glicoproteína de 2 subunidades sintetizada por el sinsitiotrofoblasto de la placenta en desarrollo, cuyos niveles son medibles desde los 8-10 días desde la fecundación (5 mUI) y van aumentando de forma exponencial hasta la sexta semana. En un embarazo normal, la concentración de hormona gonotrófica coriónica (bhcg) en la sangre materna se

correlaciona estrechamente con el tamaño y desarrollo del saco gestacional y el embrión. Es importante comentar que la veracidad de diagnóstico depende de la calidad del equipo de ultrasonido utilizado, la formación académica del ecografista y variaciones propias del laboratorio que informa los niveles de b-hcg. Por lo que no se recomienda utilizar un único valor para diagnosticar.

La ultrasonografía (us) transvaginal es la herramienta más valiosa al compararla con ultrasonido transabdominal en la evaluación precoz de una mujer con sospecha de embarazo ectópico, con una sensibilidad de 87-99 % y especificidad de 94 a 99 %. Por lo antes expuesto, la combinación de ultrasonido transvaginal asociada a la medición simultánea de bhcg en sangre permite un diagnóstico.

En caso de duda diagnóstica, el seguimiento seriado con b-hcg permite resolver si se trata de un aborto, embarazo ectópico o embarazo normotópico. El manejo expectante se puede ofrecer en caso de una paciente hemodinámicamente estable con diagnóstico ecográfico claro, EE que mida menos de 35mm, LCF (-), y nivel de b-hcg sérico de 1500 UI/L o menor. La paciente debe ser seguida con medición estricta de niveles de b-hcg en sangre. El manejo médico con MTX es una opción segura y efectiva en la mayoría de las pacientes hemodinámicamente estables, sin contraindicaciones al uso de MTX, prefiriéndose su uso sistémico.

Conclusiones

El embarazo cervical constituye una entidad rara y poco común, con tendencia a ir incrementándose debido al auge de los procedimientos de fertilización asistida. El tratamiento del embarazo ectópico cervical aún no está definido, varía desde tratamiento médico a quirúrgico dependiendo de la evaluación individual de cada paciente. No hay un consenso en el tratamiento. El embarazo ectópico cervical es una patología poco frecuente que plantea un desafío terapéutico en nuestra especialidad.

Solo 25 % de los embarazos ectópicos puede resolverse de forma espontánea por sufrir regresión. Se puede ofrecer la observación a toda paciente que cumpla con todos los siguientes criterios: hemodinámicamente estable, sin dolor, diagnóstico ecográfico claro, con un embarazo ectópico tubario que mida menos de 35mm sin latidos cardíofetales presentes en ultrasonido transvaginal. Con un nivel de b-hcg sérico de 1000 UI/L o menor. Escaso líquido libre en el fondo de saco posterior.

La paciente debe ser seguida con medición de niveles de b-hcg en sangre durante los días 2, 4 y 7 hasta negativizarse.

Al iniciar la primera dosis de metrotexate, la paciente debe de suspender cualquier suplementación de ácido fólico que esté consumiendo, ya que disminuye la efectividad del medicamento.

Existen dos esquemas de tratamiento de metrotexate según las dosis utilizadas. Dosis única: se administran 50 mg/m² en una primera instancia, pero si la concentración sanguínea de b-hcg no ha disminuido al menos 15 % entre el cuarto y séptimo día de tratamiento post administración de metrotexate, se debe administrar una segunda dosis, en general, esto ocurre en 15 a 20 % de las pacientes. Solo 1 % requiere más de 2 dosis.^{21,28,30} El otro esquema de dosis múltiples, alterna metrotexate (1 mg/kg) con leucovorina (0,1 mg/kg). Aproximadamente 50 % de las pacientes tratadas no requerirá completar los 8 días establecidos de régimen.³⁰ Se ha demostrado que no existe diferencia significativa con respecto al éxito, entre el tratamiento de dosis única versus múltiples. Posterior a la implementación de la primera dosis de metrotexate, se inicia seguimiento con medición de niveles de b-hcg sanguíneo semanal hasta que estos sean indetectables (< 5 UI/ml), asociado a abstinencia sexual. El tiempo medio de resolución es de 33.6 días, similar al manejo expectante.^{21,28,30} Se ha demostrado que

no hay diferencia significativa entre las pacientes de manejo expectate versus aquellas con metrotexate y la necesidad de salpingectomía posterior.²⁹ Por último, se recomienda esperar tres meses después del tratamiento antes de iniciar un nuevo embarazo, con el objetivo de que se haya resuelto el edema tubario secundario y se haya excretado el metrotexate acumulado en los tejidos.³⁰

Consideraciones Éticas

Consentimiento de la Paciente

Financiamiento

No requirió

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Referencias

1. Alonso L Y, Gutiérrez H M, Torres E A, Duro N E. Embarazo ectópico cervical. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2021; 47 (1).
2. Atamart A N, Pauca T L, Suker C R, Morales C L. Embarazo ectópico cervical. Revista Cuerpo Médico. 2020; 13 (3): 315-317.
3. Borges F R, Moya T C, Saavedra L L, Galloso C Y. Embarazo ectópico cervical. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2019; 45 (1).
4. Cuello M, Miranda V, Ralph C. Embarazo Ectópico. Ginecología general y Salud de la Mujer. Editorial Santiago: Ediciones UC, 2017: páginas 259-269.
5. Frías S Z, Pantoja G M, Fernández R M, Vico de Miguel FJ, Pantoja R F J. Manejo de gestación ectópica cervical. Tratamiento médico con pauta de multidosis de metrotexato intramuscular, a propósito de un caso. Clínica e investigación en ginecología y obstetricia. 2019; 46 (2): 81-85.
6. Martin G A, Garrido L B, Garcia M L, Benitez T L, Marañón di leo JC. Tratamiento de embarazo ectópico cervical con metrotexate y rescate con leucovorina. Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2011; 54 (7): 379-382.
7. Paalman RJ, McElin TW. Cervical pregnancy. Review of the literatura an presentacionof cases. American Journal Obstetric Gynecologyc. 1959; 77: 1261-70.
8. Petousis S, Margioulas- Starkou C, Kalogiannidis I, Karavas G, Palapelas V, Prapas N, et al. Conservative management of cervical pregnancy with intramuscular administration of methotrexate and KCL: injection: Case report and review of the literatura. World Journal Clinical Cases. 2015; 3 (1): 81-84.
9. Rivera C, Soto M J, Díaz V, Espinoza P. Experiencia y manejo del embarazo ectópico cervical: Revisión del tema. Rev Chilena Obstetricia y Ginecología 2020; 85 (5): 460-467.
10. Samal S, Ghost S, Pallavee P, Porkkodi P. Successful Management of cervical ectopic pregnancy: A case report. Journal of Midwifery & Reproductive Health 2020; 8 (2): 2254-2258.
11. Sarita A, Di Miscia A, Evangelista S. Cervical ectopic pregnancy: Clinical review. Clinical Obstrectric and Gynecology. 2006; 33 (1): 47-9.
12. Seelber B, Baarmart K. Suspect ectopic pregnancy. American Collegue Obstetric and Gynecology. 2006; 107 (2): 399-413.

13. Tamayo TG, Couret M P, Garcia S I, Olazabal A J. Embarazo cervical: un reto para el ginecobstetra cubano. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2015; 41(3): 241-251.
14. Tang A, Baartz D, Khoo SK. A medical management of interstitial ectopic pregnancy: A 5-year clinical study. *Aust New Zeland Journal of Obstetric Gynaecology*. 2006 Apr; 46 (2): 107-11.
15. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: Past and future. *Obstetric and Gynecology Sur*. 1997; 52 (1): 45-59.
16. Valladares B L, Castillo J, Valladares M J, Medina D, Solórzano S, Pérez. *Archivos de medicina*. 2016; 12: 3-20.