

**A. Rubio**  
**F. Jiménez**  
**M. Herrero**  
**S. Alcalá**  
**C. Sabadell**  
**I. Bruna**  
**M.L. Cano**

Hospital Montepíncipe. Madrid. España.

**Correspondencia:**

Dr. A. Rubio López.  
Sotomayor, 11, 1 D. 28003 Madrid. España.  
Correo electrónico: angelrl@inicia.es

Fecha de recepción: 2/4/04

Aceptado para su publicación: 5/7/04

---

**Embarazo ectópico cervical.  
Tratamiento médico  
conservador**

353

*Cervical ectopic pregnancy.  
Conservative medical treatment*

**RESUMEN**

**Objetivo:** La gestación cervical es una rara complicación con unas graves consecuencias si no se diagnostica y trata precozmente; por tanto, es un evento en el que siempre se debería pensar ante toda hemorragia vaginal en el primer trimestre.

**Método:** Se presenta un caso de una gestante a la que se le detectó un embarazo ectópico cervical en la sexta semana de gestación; tras su ingreso fueron necesarias 3 dosis de metotrexato intramuscular. Después de éstas, la situación se resolvió clínica (expulsión del saco gestacional) y bioquímicamente (descenso de los valores de gonadotropina coriónica humana).

**Conclusión:** Esta grave e infrecuente circunstancia (ectópico cervical) se puede resolver de una manera conservadora sin necesidad de recurrir a terapias más agresivas, manteniendo la paciente su fertilidad conservada.

**PALABRAS CLAVE**

Embarazo ectópico cervical. Ecografía. Methotrexate. Gonadotropina coriónica humana.

**ABSTRACT**

**Objective:** Cervical ectopic pregnancy is a rare complication that can have severe consequences if an early diagnosis is not made. This diagnosis should always be considered in vaginal bleeding in the first trimester of pregnancy.

**Method:** We present a case of cervical ectopic pregnancy diagnosed in the sixth week of gestation. Three doses of methotrexate resolved the situation clinically (expulsion of the gestational sac) and biochemically (decreased  $\beta$ -human chorionic gonadotrophin levels).

**Conclusion:** Cervical ectopic pregnancy is a serious and infrequent entity that can be resolved by conservative medical therapy that maintains the patient's fertility and avoids the need to resort to more aggressive treatment.

**KEY WORDS**

Cervical ectopic pregnancy. Ultrasound. Methotrexate.  $\beta$ -HCG.

## 354 INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) cervical es una forma muy infrecuente de gestación extrauterina, y se da en 1/10.000 gestaciones normales. La incidencia en los programas de reproducción asistida es bastante mayor, y está en un valor cercano a 1/1.000.

Anteriormente, su diagnóstico se realizaba de manera tardía, y muchas veces suponía la necesidad de realizar una histerectomía por sangrado masivo; en la actualidad, gracias a la ecografía transvaginal, se puede detectar precozmente y mantener la fertilidad de la paciente con un tratamiento conservador, como ocurrió en este caso que presentamos.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años de edad, primigesta, sin antecedentes médicos de interés, embarazada de 6 semanas, que acude a urgencias de nuestro centro por presentar un sangrado vaginal escaso.

La exploración ginecológica no revela ningún hallazgo patológico de interés. Tras realizarse una ecografía vaginal se comprueba que el útero se encuentra vacío, los anejos son normales y que en el canal endocervical se detecta una imagen econegativa compatible con un pequeño saco gestacional.

La paciente se encuentra estable, con una analítica sin alteraciones y con una gonadotropina coriónica humana ( $\beta$ -HCG) de 3.883, por tanto, y para comprobar el diagnóstico, se repite el estudio en 48 h (fig. 1).

Tras este intervalo, observamos como los valores de  $\beta$ -HCG se duplicaron (6.204) y la ecografía nos reveló con claridad que el saco gestacional estaba implantado en el cérvix; además, éste presentaba ya un saco vitelino, lo que nos sirvió para asegurar el diagnóstico de gestación cervical (fig. 2).

Con el diagnóstico de EE cervical, y tras explicarle la complejidad del caso a la paciente, los riesgos y las opciones terapéuticas, se decide su ingreso y la administración de metotrexato sistémico (1 mg/kg) vía intramuscular.

En los sucesivos controles (cada 48-72 h), se observa que es necesario repetir las dosis de este fármaco en 2 ocasiones, porque la gestación seguía evolucionando ( $\beta$ -HCG en ascenso, 7.653, 9.278 y aparición de un embrión con latido cardíaco) (fig. 3).

Tras la última dosis, se comprueba que la  $\beta$ -HCG se estabiliza, el embrión ya no presenta latido y la cavidad coriónica se empieza a desestructurar (fig. 4).

Horas después de estos hallazgos, la paciente comienza a presentar un sangrado vaginal moderado y expulsa la gestación de manera espontánea. Para mayor seguridad se realiza un legrado, que transcurre sin complicaciones.

Tras 48 h de observación, el sangrado desaparece y la  $\beta$ -HCG desciende a unos valores de 1.500, y se da de alta.

Una semana más tarde se realiza un nuevo control ambulatorio, donde se le realiza una ecografía vaginal que resulta normal y se miden los valores de  $\beta$ -HCG que han disminuido a 75 U/ml, por lo que se considera resuelto el problema.

## DISCUSIÓN

Como mencionamos anteriormente, este tipo de gestación extrauterina es una de las formas más infrecuentes de EE, aunque por la situación tan grave a la que puede someter a la paciente (mortalidad cercana al 20%), es algo que siempre debemos tener en cuenta ante toda hemorragia en el primer trimestre en el que no se observe con claridad la gestación intrauterina<sup>1</sup>.

Si nos preguntamos cuáles son sus causas, aparecen con fuerza las técnicas de reproducción asistida como un factor de riesgo importante. Otras etiologías son la cirugía cervical previa y la realización de legrados. En nuestra paciente no encontramos ninguno de estos antecedentes<sup>2</sup>.

La clínica con la que se suele presentar suele ser la metrorragia indolora en el primer trimestre. Tras realizar una exploración ginecológica y una ecografía, se comprueba que el útero está vacío. Esto y la presencia de unos valores de  $\beta$ -HCG por encima de 1.000 o 1.500 (3.883, en nuestro caso) nos debe hacer presumir que estamos ante una gestación extrauterina. Para el diagnóstico de la localización exacta, cervical en este caso, nos ayudaremos de la vía transvaginal y del Doppler, que han aportado mucho para su diagnóstico<sup>3</sup>.

Las opciones terapéuticas son variadas, pero si tenemos en cuenta que nuestra paciente era nulípara y presentaba deseos genésicos, nos inclinamos por



**Figura 1.** Embarazo ectópico cervical de 6 + 1 semanas.



**Figura 3.** Detección dentro de la cavidad coriónica de un embrión con latido cardíaco.



**Figura 2.** Presencia de saco vitelino en esta gestación.



**Figura 4.** Desestructuración del saco gestacional tras la tercera dosis de metotrexato.

una opción conservadora, asumiendo, ella y nosotros, los riesgos de esta vía.

El fármaco utilizado fue el metotrexato, que ya ha demostrado su eficacia en diversos trabajos anteriores<sup>4</sup>. Usamos la vía intramuscular por ser de la que nosotros contamos con más experiencia. La pauta, un tanto diferente a la que utilizaron otros autores, 1 mg/kg repetido cada 72 h (en 3 dosis), no se estableció de antemano sino que la fuimos adoptando según la evolución del cuadro.

Determinados trabajos apuntan que cuando los valores de  $\beta$ -HCG son cercanos a 10.000, hay latido cardíaco fetal y la cavidad coriónica presenta más de

30 mm de diámetro, la tasa de fracasos es mayor y habría que usar la vía intrasacal o la poliquimioterapia. En nuestro caso no fue así y la paciente, tras la tercera dosis, evolucionó hacia la curación en un tiempo rápido comparado con otros estudios<sup>5</sup>, donde se requirieron periodos de un mes como mínimo para la resolución del cuadro.

Otras opciones terapéuticas, aparte de las médicas, son la histerectomía, el legrado con taponamiento posterior y una técnica de la que se han publicado varios trabajos, la embolización de las arterias uterinas<sup>6</sup>. En el caso presentado anteriormente no tuvimos necesidad de hacer uso de ninguna de ellas.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Peleg D, Bar-Hava I, Neumen-Levin M, Ashkenazi J, Ben-Rafael Z. Early diagnosis and successful nonsurgical treatment of viable intrauterine and cervical pregnancy. *Fertil Steril.* 1994;62:405-8.
2. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv.* 1997;52:45-59.
3. Jurkovic D, Hackett E, Campbell S. Diagnosis and treatment of early cervical pregnancy: a review and report of two cases treated conservatively. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1996;8:373-80.
4. Stovall TG, Ling FW, Smith WC, Felker R, Rasco BJ, Buster JE. Successful non surgical treatment of cervical pregnancy with methotrexate. *Fertil Steril.* 1988;50:672-4.
5. Celik C, Baala A, Acar A. Methotrexate for cervical pregnancy. *Acase report. J Reprod Med.* 2003;48:130-2.
6. Suzumori N, Katano K, Sato T, Okada J, Nakanishi T, Muto D, et al. Conservative treatment by angiographic artery embolization of an 11 weeks cervical pregnancy after a period of heavy bleeding. *Fertil Steril.* 2003;80:617-9.