

## Trabajo Original

### Experiencia y manejo del embarazo ectópico cervical: Revisión del tema

### Experience and management of cervical ectopic pregnancy: Topic review

Christhian Rivera<sup>1</sup>, MJ Soto<sup>2</sup>, Verónica Díaz<sup>3</sup>, Paula Espinoza<sup>4</sup>, Christian Merino<sup>2</sup>, Sergio Silva<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Residente Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

<sup>2</sup> Servicio Ginecología Hospital Sótero del Río

<sup>3</sup> Médico Cirujano Servicio Salud Metropolitano Sur Oriente

<sup>4</sup> Interna Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

#### Correspondencia

Dr. Christhian Rivera

Email: carivera8@uc.cl

#### RESUMEN

**Introducción y Objetivos:** El Embarazo Cervical (EC) corresponde a una patología de muy baja frecuencia y tasa de sospecha. En la literatura actual se han propuestos diferentes tratamientos, pero se recomienda el manejo médico con Metotrexato como primera línea. Los objetivos de este estudio son describir las características relevantes de los casos de EC en el servicio de Ginecología del Hospital Dr. Sótero del Río y realizar una revisión actualizada del tema.

**Métodos:** Estudio Retrospectivo de todas las pacientes hospitalizadas en la unidad de Ginecología entre 2004 y 2020. Análisis descriptivo de las pacientes con diagnóstico de Embarazo Cervical.

**Resultados:** Se revisaron 33740 pacientes. 1910 presentaron diagnóstico de Embarazo ectópico, de las cuales 6 corresponden a embarazo cervical, 5 casos se sospecharon desde el ingreso y sólo 1 caso ingresó con el diagnóstico de aborto en evolución. La mayoría fue manejada con Metotrexato, con buenos resultados y sin complicaciones.

**Conclusiones:** El Embarazo cervical es una patología poco frecuente. El manejo médico con Metotrexato es la opción de primera línea en pacientes hemodinámicamente estable posibilitando la fertilidad posterior.

**Palabras claves:** Embarazo Cervical, Ectópico, Tratamiento.

#### ABSTRACT

**Introduction and Objectives:** Cervical Pregnancy is known as a pathology of very low frequency and suspicion rate. Different treatments have been proposed in the current literature, but medical management with Methotrexate is recommended as the first line. The objectives of this study are to describe the relevant characteristics of cervical pregnancy cases in the Gynecology Department of the Dr. Sotero del Rio Hospital and to carry out an updated review of the subject.

Methods: Retrospective study of all hospitalized patients in the Gynecology unit between 2004 and 2020. Descriptive analysis of patients diagnosed with Cervical Pregnancy.

Results: 33740 patients were reviewed. 1910 presented a diagnosis of ectopic pregnancy, of which 6 correspond to cervical pregnancy, 5 cases were suspected from admission and only 1 case entered with the diagnosis of abortion in progress. Most were managed with Methotrexate, with good results and without complications.

Conclusion: Cervical pregnancy is a rare disease. Medical management with Methotrexate is the first line option in hemodynamically stable patients enabling subsequent fertility.

**Keywords:** Cervical Pregnancy, Ectopic, treatment.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) 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, siendo una de las emergencias obstétricas que se presenta más comúnmente durante el primer trimestre de embarazo<sup>1,2,12</sup>. El 97% se produce en las trompas de Falopio, sin embargo la implantación se puede dar en otros sitios anatómicos, como el cuello uterino.

El Embarazo Cervical (EC) es una patología con una frecuencia de 0,15-0,3% de los casos<sup>3</sup>. Se implanta en la mucosa cervical, por debajo del orificio cervical interno (OCI)<sup>4,5</sup>. Debido a su ubicación, produce riesgo de penetración del trofoblasto a través de la pared cervical y hacia los vasos uterinos<sup>19</sup>. Dentro de los factores de riesgo se encuentra legrado uterino previo, aborto inducido, síndrome de Asherman, Tumor intrauterino, presencia de dispositivo intrauterino, fertilización in vitro, exposición a dietilestilbestrol, leiomiomatosis y anomalías estructurales<sup>5,12</sup>.

Las paciente pueden ser sintomáticas o asintomáticas al momento del diagnóstico. Un tercio de las pacientes se presentan con sangrado vaginal profuso y dolor<sup>5,6</sup>. En la especuloscopia se observa un cuello cerrado, aunque se puede observar el orificio cervical externo (OCE) abierto, con membranas fetales o lesión quística, correspondiente a trofoblasto<sup>5,6</sup>.

Los criterios diagnósticos de EC fueron descritos por Raskin<sup>7</sup> en 1978: cérvix aumentado de tamaño en proporción igual o mayor al cuerpo uterino (útero en reloj de arena), canal cervical dilatado en forma de "barril", crecimiento uterino amorfo o difuso, estructuras embrionarias firmemente unidas al endocérvix, OCI cerrado, OCE parcialmente abierto,

ecos intrauterinos amorfos difusos, y ausencia de embarazo intrauterino en la ultrasonografía (US)<sup>2,7,8,9</sup>. Es importante distinguirlo de un aborto incompleto o espontáneo en evolución. El EC tiene contorno regular del saco gestacional, latidos cardio fetales (LCF) presentes en el 60% de los casos, ausencia de "signo de deslizamiento" (movimiento del saco gestacional secundario a la presión del transductor), y presencia de flujo sanguíneo peritrofooblástico en el Doppler color; lo que no se observa en un saco no viable<sup>7,9</sup>.

El tratamiento de esta patología ha sido un tema controvertido en los últimos años, ya que existen muy pocos casos descritos en la literatura. Incluye opciones terapéuticas tanto médicas como quirúrgicas, optando por una u otra en función de las características del embarazo ectópico cervical y de la paciente<sup>1,9,12</sup>.

Es importante destacar que el diagnóstico y tratamiento temprano son fundamentales ya que gran parte de las hemorragias masivas y/o la necesidad de histerectomía se dan a finales del primer y principios del segundo trimestre<sup>6-10</sup>.

El objetivo del estudio es describir los casos de EC en el Servicio de Ginecología del Hospital Sotero del Río entre el 2004 y 2020; junto con realizar una revisión actualizada del tema.

## MÉTODOS

Prevía autorización y aprobación del comité de ética institucional, se realizó una revisión de la base de datos de las pacientes hospitalizadas en la Unidad de ginecología del Hospital Dr. Sótero de Río, en el periodo entre enero 2004 y enero 2020. Se identificaron las pacientes con diagnóstico (ingreso y/o egreso) de EE, separándolas según la ubicación anatómica de este. Se realizó una acuciosa revisión de las fichas clínicas de las pacientes con diagnóstico

de EC. Para definir el diagnóstico de EC se utilizaron los criterios de Raskin, explicados en la introducción. Se analizó presentación clínica, ecografías, diagnósticos, exámenes de control, tipo de manejo y complicaciones asociadas para describir las características de estas pacientes.

La información recopilada fue transferida a una base de datos especialmente diseñada. En ella se incluyeron las siguientes variables: edad, días de hospitalización, diagnóstico inicial, diagnóstico de egreso, antecedente de embarazo ectópico y su tratamiento previo, tipo de manejo, complicaciones asociadas, necesidad de reoperación,  $\beta$ -hCG de ingreso y controles, hallazgos en ecografía, presencia de LCF, control posterior y embarazos posteriores.

Una vez completada la base de datos, se realizó un análisis demográfico caso a caso de los datos obtenidos en la ficha clínica utilizando programa excel, construyéndose gráficos y tablas con el promedio y porcentaje correspondiente a cada variable.

## RESULTADOS

Durante el período de estudio se revisó un total de 33.740 pacientes, de las cuales 1.910 presentaban el diagnóstico de embarazo ectópico, las que representan el 5,66% del total de pacientes. En la Tabla 1 se observa la distribución de estas pacientes según la ubicación del EE. Cabe destacar que del total, 96,2% corresponden a EE tubario, mientras que solo un 0,3% corresponden a EC.

Dentro de las características de ingreso de las pacientes (Tabla 2), la edad promedio fue de 31 años (21 –46), de las cuales ninguna tenía el antecedente de embarazo ectópico previo. Todas las pacientes con EC presentaron metrorragia como motivo de consulta. La Tabla 3 nos muestra los hallazgos en los exámenes iniciales de cada paciente con diagnóstico final de EC. Se puede observar que una paciente presentó  $\beta$ -hCG de ingreso negativa. En la US, todas las pacientes presentan un saco gestacional cervical, y sólo una paciente presenta además, desprendimiento ovular. Se evidencia LCF (-) en cuatro de las seis pacientes. En cinco pacientes se sospechó desde el ingreso EC, sólo una ingresó con sospecha de aborto en evolución, la misma paciente que presentó desprendimiento ovular. Todas fueron

hospitalizadas para manejo desde el momento del diagnóstico.

La Tabla 4 describe el manejo indicado en cada paciente: cinco pacientes recibieron tratamiento médico con MTX, cuatro recibieron dosis única (50 mg/m<sup>2</sup>) y una paciente dosis múltiple (dos dosis de 1mg/kg), sin embargo una paciente no recibió tratamiento dado EC inactivo con bhcg negativa al ingreso. De las cinco pacientes en tratamiento médico, dos requirieron manejo quirúrgico, siendo la Histerectomía electiva por paridad cumplida en un caso y legrado de urgencia con transfusión GR (e instalación de sonda foley como taponamiento) por sangrado uterino activo, en el otro caso (paciente con deseo de paridad).

No hubo complicaciones ni a corto ni a largo plazo. Posteriormente dos pacientes tuvieron embarazo fisiológico atendidos en nuestro centro. El promedio de hospitalización fue de 13,5 días (2 – 28). Las pacientes que permanecieron más días hospitalizadas (casos 1, 2, 5, 6) fue por decisión del equipo clínico para realizar un seguimiento estricto de la disminución del tamaño de la lesión y de los niveles de  $\beta$ -hCG, para asegurar la remisión de ésta antes de ser dada de alta.

## DISCUSIÓN

El EE es una de las emergencias médicas más frecuentes del primer trimestre de embarazo, con una incidencia reportada en la literatura internacional cercana 2%. El EC es una subcategoría del EE, que rara vez se observa, presentándose un 0,15% del total. Tras analizar nuestra serie, se evidencia una frecuencia de 0,3%, valor concordante a los reportados en otras series internacionales.

Como se explica anteriormente, los criterios diagnósticos de EC fueron descritos por Raskin<sup>7</sup>: cérvix aumentado de tamaño en proporción igual o mayor al cuerpo uterino, canal cervical dilatado en forma de “barril”, crecimiento uterino amorfo o difuso, estructuras embrionarias firmemente unidas al endocérvix, OCI cerrado, OCE parcialmente abierto, ecos intrauterinos amorfos difusos, y ausencia de embarazo intrauterino en la US<sup>2,7,8,9</sup>. En nuestra serie podemos observar que de todas las US realizadas, en todas tenemos la mayoría de estos criterios diagnósticos descritos textualmente (no contamos con

imágenes, sólo descripción en ficha clínica), Sin embargo, en nuestro servicio, todas las pacientes con sospecha de patología de baja frecuencia, son evaluadas por el equipo de ginecólogos y residentes del servicio de ginecología.

El EC es una patología de baja sospecha clínica debido a su baja frecuencia, ya que su presentación es similar a otras patologías del primer trimestre de embarazo. Dado lo anterior, es importante mantener una alta sospecha al momento del diagnóstico, y buscar dirigidamente los distintos criterios ecográficos que nos orientan a realizar un diagnóstico certero. Para realizar la US es importante un operador entrenado, o al menos que los hallazgos sean discutidos por el equipo de ginecólogos, ya que es fácil de confundir con un aborto en evolución cuando se presenta con clínica similar, por lo que no conocer los criterios ecográficos de Raskin es una limitante al momento de establecer el diagnóstico. En nuestro estudio se evidencia que todas las pacientes con diagnóstico de EC consultaron inicialmente por metrorragia. Tras la evaluación ecográfica inicial, solo una paciente ingresa con diagnóstico de aborto en evolución (evaluada posterior en visita clínica del servicio) y las otras cinco ingresaron con diagnóstico de EC. Es importante hacer esta distinción al momento del diagnóstico y recordar que, a diferencia del aborto en evolución, el EC tiene contorno regular del saco gestacional, ausencia de “signo de deslizamiento”, y presencia de flujo sanguíneo peritrofoblástico en el Doppler color<sup>7,9</sup>.

Se han reportado diferentes manejos para esta patología, dependiendo de las condiciones de la paciente y del embarazo ectópico.

No se recomienda manejo expectante en este tipo de pacientes, ya que el EC se puede romper, causando una hemorragia severa que puede ser potencialmente mortal<sup>(19)</sup>. En caso de considerarlo, se indica en pacientes con deseos de fertilidad futura, embarazo menor de 12 semanas, LCF ausentes y valores de  $\beta$ -hCG en descenso.

En pacientes hemodinámicamente estables, el manejo médico con Metotrexato (MTX) es de elección, siguiendo los mismos protocolos de indicaciones, contraindicaciones y seguimiento, establecidas en EE<sup>6,11,13,16</sup>. Se ha reportado una eficacia entre 60-90% y preservación de la fertilidad sobre 90% de los casos

tratados con MTX durante el primer trimestre<sup>6,11</sup>. El tiempo medio de resolución ( $\beta$ -hCG negativa) es de 42 días<sup>5,11,13</sup>. Se recomienda uso de MTX con LCF ausentes, sin embargo se reportan casos de éxito en EC con LCF presentes<sup>6,11,13</sup>.

El Clouro de Potasio en inyecciones intraamnióticas es otra opción de manejo médico. Generalmente se utiliza como complemento del manejo con MTX en EC con LCF presentes<sup>13,17</sup>.

En nuestra serie se observa que de las seis pacientes, cinco reciben como tratamiento inicial MTX. cuatro de ellas recibió una dosis única, y una recibió dos dosis, paciente que además ingresa con LCF (+). La paciente que no recibió tratamiento con MTX fue por bchg negativa al ingreso. Nuestra experiencia en el uso de MTX como tratamiento evidencia una alta tasa de efectividad, reportándose que sólo dos pacientes requirieron posteriormente cirugía, de las cuales, una fue electiva (solicitud de la paciente) por paridad cumplida y la segunda requirió un legrado uterino de urgencia dado sangrado activo con necesidad de extracción de restos ovulares e instalación de Sonda Foley posterior para hemostasia. Ésta última paciente también tenía el antecedente de haber ingresado con LCF (+), lo que podría eventualmente explicar el fracaso de MTX como tratamiento único.

Adicionalmente, podemos destacar que ninguna otra paciente presentó complicaciones ni a corto ni a largo plazo, reportándose una tasa de éxito que concuerda con la literatura internacional (100% con LCF negativos). Además, dos paciente tuvieron embarazos posteriores (atendidos en nuestro centro), logrando cumplir el objetivo de preservar la fertilidad.

Otro método alternativo para el manejo del EC es la embolización de arterias uterinas, el que se introdujo por primera vez en 1990, utilizando partículas de espuma de gel o alcohol polivinílico, lo que proporciona una oclusión temporal del vaso durante 2 a 6 semanas. Sus ventajas sobre otras modalidades de tratamiento incluyen estadía hospitalaria más corta, menor seguimiento de laboratorio, menos controles ambulatorios y prevención de hemorragias. Sin embargo, es importante asesorar a la paciente sobre la eventual disminución de la fertilidad por la pérdida de la reserva

ovárica y la posible aparición de complicaciones obstétricas en futuros embarazos<sup>20</sup>.

Estudios recientes han combinado la infusión de MTX en la arteria uterina y embolización de esta, con el uso de MTX sistémico, reportando un 96% de éxito con negativización de  $\beta$ -hCG en 52 días promedio<sup>19,21</sup>.

El manejo quirúrgico se reserva en caso de fracaso de tratamiento médico<sup>5,8</sup>. La principal complicación es la hemorragia severa, por lo tanto es fundamental el manejo hemostático, que puede ser con ligadura de las ramas cervicales de las arterias uterinas, embolización angiográfica de la arteria uterina, inyección intracervical de vasopresina, o el tamponamiento con balón<sup>19</sup>.

El legrado uterino por sí solo (con dilatación previa) conlleva un 40% de riesgo de histerectomía debido al riesgo de hemorragia masiva que esto implica<sup>9,20</sup>. Rara vez se realiza como tratamiento aislado o como primera línea. Se usa principalmente en conjunto de MTX o poco después de una embolización de arteria uterina, para lograr el beneficio total del procedimiento<sup>5,8,18</sup>. Sin embargo aún se requiere más investigación para recomendarlo como primera línea quirúrgica.

Otra opción de tratamiento es el cerclaje cervical. Scott et al<sup>22</sup> fue el primero en informar la aplicación exitosa del cerclaje cervical Shirodkar. En 2002, Mashiach et al<sup>23</sup> describe el manejo exitoso de 4 embarazos cervicales utilizando esta misma sutura, y en uno de estos casos, un embarazo intrauterino concurrente progresó a término. Sin embargo aun falta experiencia para poder recomendar este método.

La histerectomía abdominal total es el tratamiento de elección para pacientes con EC diagnosticados durante el segundo trimestre, inestabilidad hemodinámica, sangrado vaginal masivo, patología uterina asociada, y paridad cumplida<sup>20</sup>.

El principal problema del manejo quirúrgico es el potencial efecto perjudicial en la fertilidad futura, por lo que se reserva en caso de fracaso de tratamiento médico<sup>5,8,19</sup>. Si la paciente presente compromiso hemodinámico, se debe realizar una histerectomía de urgencia<sup>6,10,11,14</sup>.

Al comparar nuestros resultados con los reportados en la literatura internacional, se observa coincidencia de estos. Así mismo, es posible validar el manejo que ya se ha hecho en la población Chilena

del Hospital Dr. Sótero del Río, dado el éxito que se ha obtenido con solo manejo médico con MTX.

Teniendo en cuenta que el EC constituye una entidad rara y poco común, es importante destacar que aun se requieren mas estudios randomizados para poder dar una sugerencia más categórica respecto al manejo de esta patología.

Una de las ventajas de este trabajo es que logra describir una serie de casos grande a nivel nacional, algo novedoso que no ha sido reportado anteriormente. Hasta ahora, la toma de desición al momento de tratar esta patología se ha basado en reportes de casos clínicos, sin existir una guía clínica que difícilmente podrá existir ya que al ser una patología poco frecuente sólo podremos analizar series de casos.

El EC es una patología que tiene una alta tasa de histerectomía en los casos que se decide manejo quirúrgico de entrada, lo que tradicionalmente ha sido la primera línea de tratamiento hasta ahora. Sin embargo, con esta revisión es posible entregar una alternativa actualizada sobre el manejo médico del EC, y así proponer las bases para plantear un manejo óptimo futuro.

Como limitante, al ser una serie retrospectiva, al momento de ingresar y evaluar a cada paciente, no se registraron todos los datos que han sido utilizados en este estudio, ni se realizó el diagnóstico y manejo en forma estandarizada (fue evaluado caso a caso). Además, muchos registros posteriores se perdieron con el tiempo o nunca fueron tomados, como por ejemplo, en algunos casos el seguimiento de  $\beta$ -hCG hasta negativización de ésta, sobretudo en las pacientes más antiguas de nuestra serie. Otra desventaja de nuestro trabajo es que, a pesar de ser una serie de casos grande, aun el número de pacientes no es significativo como para poder determinar una conducta de manejo sólido basado en nuestra experiencia.

## CONCLUSIONES

El EC es una patología poco frecuente que plantea un desafío terapéutico en nuestra especialidad. El síntoma más común es sangrado vaginal profuso, y pocas veces asociado a dolor. Esta patología tiene una baja tasa de sospecha clínica, por lo que hay que tenerla en cuenta como diagnóstico diferencial al

sospechar un aborto en evolución, con saco a nivel cervical y que no se comportan clínicamente de la manera habitual.

El diagnóstico y tratamiento temprano son fundamentales, lo que puede reducir las posibilidades de hemorragia grave e histerectomía.

Se recomienda como primera línea el manejo con MTX según pautas establecidas para EE, con seguimiento periódico con BHCG, hasta alcanzar a negativizar sus valores. Ésto se recomienda en pacientes hemodinámicamente estables, tomando en cuenta las características individuales de cada caso. Tiene una gran probabilidad de éxito y sin grandes complicaciones (sangrado, necesidad de reintervención), posibilitando la fertilidad posterior. En caso de compromiso hemodinámico, se debe realizar una histerectomía de urgencia.

## REFERENCIAS

1. Embarazo cervical: Reporte de Caso Revisión Bibliográfica, 2016. Valladares B, Castillo J, Valladares M, Medina D, Solórzano S, Pérez O. Hallado en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/embarazo-cervical-reporte-de-caso-revision-bibliografica.php?aid=13147>. Acceso el 23 de febrero de 2020.
2. Martínez A, Quintero L, García C, Fernández A. Embarazo ectópico cervical: diagnóstico preciso y enoque de manejo médico. Reporte de caso. *Universitas Médica* 2018; 59(1). <http://doi.org/10.11144/Javeriana.umed59-1.ecto>.
3. Cuello M, Miranda V, Ralph C. Embarazo Ectópico. *Ginecología General y Salud de la Mujer*. 1ª ed. Santiago: Ediciones UC, 2017; pags 259-269.
4. Kirk E, Condous G, Haider Z, Syed A, Ojha K, Bourne T. The conservative management of cervical ectopic pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27: 430-437.
5. Fylstra DL. Cervical pregnancy: 13 cases treated with suction curettage and balloon tamponade. *Am J Obstet Gynecol* 2014(6);210:581.e1-5.
6. Cervical Pregnancy, 2019. Tulandi T. Hallado en: [https://www-uptodate-com.pucdechile.idm.oclc.org/contents/cervical-pregnancy?search=Cervical%20pregnancy&source=search\\_result&selectedTitle=1~124&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www-uptodate-com.pucdechile.idm.oclc.org/contents/cervical-pregnancy?search=Cervical%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~124&usage_type=default&display_rank=1). Acceso el 23 de Febrero de 2020.
7. Raskin MM. Diagnosis of cervical pregnancy by ultrasound: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 1978;130:234-5.
8. Timor-Tritsch IE, Monteagurdo A, Mandeville EO, Peisner DB, Anaya GP, Pirronw EC. Successful management of a viable cervical pregnancy by local injection of methotrexate, guided by transvaginal ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:737-9.
9. Arozamena B, Muñoz A, Merino A. Caso Clínico: Embarazo ectópico cervical, presentación de un caso clínico. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2017; 82(6): 610-613.
10. Troncoso F, Cardone X, Rondini C, Troncoso C. Embarazo Ectópico Cervical. Diagnóstico y Tratamiento conservador con cerclaje cervical. *Rev. Chil Obstet Ginecol* 2005; 70(4): 257-260.
11. Murji A, Garbedian K. Conservative Management of Cervical, Ectopic Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Canada* 2015; 37(11):1016-1020.
12. Borges R, Moya L, Galloso Y, Moré A, González C. Embarazo ectópico cervical. *Revista cubana de obstetricia y ginecología* 2019; 45(1): 74-85.
13. Timor-Tritsch IE, Monteagurdo A, Mandeville EO, Peisner DB, Anaya GP, Pirronw EC. Successful management of a viable cervical pregnancy by local injection of methotrexate, guided by transvaginal ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 737-9.
14. Frías Z, Pantoja M, Fernández M, Vico FJ, Pantoja FJ. Manejo de la gestación ectópica cervical. Tratamiento médico con pauta multidosis de metotrexato intramuscular; a propósito de un caso. *Clin Invest Gin Obst*. 2018. <http://doi.org/10.1016/j.gine.2018.02002>.
15. Samal S, Ghost S, Pallavee P, Porkkodi P. Successful Management of livr cervical ectopic pregnancy: A case report. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2015;9(12): QD03-QD04.
16. Medical treatment of ectopic pregnancy: a committee opinion. The Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine, Birmingham, Alabama Fertility and Sterility 2013;100(3)

17. Zeki A, Serdar M, Mustafa E, Sahin Y. Conservative management of cervical ectopic pregnancy: Single-center experience. J Obstet Gynaecol Res 2017; 43(8):1299-1304.
18. Togas Tulandi, Robert L, Barbieri, Review Cervical Pregnancy J Obstet Gynaecol Canada 2012;34(4):359–362
19. Parker V, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2016;294:19-27.
20. Honsi M, Herath R, Rashid M. Diagnostic and Therapeutic Dilemmas of Cervical Ectopic Pregnancy. Obstetrical and Gynecological Survey 2014; 69 (5): 261-276
21. American Society for Reproductive medicine. Medical treatment of ectopic pregnancy: a committee opinion. Fertil Steril 2013; 100(3):638-644.
22. Scott JW, Diggory PL, Edelman PJ. Management of cervical pregnancy with circumsture and intracervical obturator. Br Med J. 1978;1:825–826
23. Mashiach S, Admon D, Oelsner G, et al. Cervical Shirodkar cerclage may be the treatment modality of choice for cervical pregnancy. Hum Reprod. 2002;17:493–4962.

### TABLAS Y FIGURAS

**Tabla 1.** Distribución de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico, según subtipo, Hospital Sótero del Río enero 2004 a enero 2020.

Ubicación EE	Cantidad pacientes	%
Tubario	1838	96,2
Cornual / intersticial	37	1,9
Abdominal	11	0,6
Ovárico	10	0,6
Cervical	6	0,3
Cicatriz de Cesárea	4	0,2
Heterotópico	4	0,2

**Tabla 2.** Características de las pacientes con diagnóstico final de EC.

Caso	Edad	Antecedente EE	Motivo de consulta
1	37	No	Metrorragia
2	24	No	Metrorragia
3	46	No	Metrorragia
4	21	No	Metrorragia
5	22	No	Metrorragia
6	37	No	Metrorragia

**Tabla 3.** Hallazgos al ingreso de las pacientes con diagnóstico final de EC.

Caso	bHCG (mUI/dl)	Ecografía	LCF	Diagnóstico de ingreso
1	4123	Saco gestacional irregular deformado en zona cervical, con saco vitelino, sin eco embrionario	(-)	Embarazo Cervical
2	11991	Utero AVF, Saco gestacional cervical 15x5mm con embrión	(+)	Embarazo Cervical
3	6723	Saco gestacional cervical Embrión 3mm. Desprendimiento ovular	(-)	Aborto en evolución
4	0	Saco gestacional 5 mm en istmo cervical no deformado con halo hiperrefringente	(-)	Embarazo Cervical
5	10046	Saco gestacional en zona istmico cervical con embrión 6mm	(+)	Embarazo Cervical
6	3176	Utero avf, endometrio 7mm, imagen sacular de 2 cm diametro sugerente emb ectopico cervical con trofoblasto envolvente	(-)	Embarazo Cervical

**Tabla 4.** Manejo administrado a las pacientes y seguimiento posterior.

Caso	Manejo Médico	Dosis MTX	Manejo Quirúrgico	Complicaciones	Días Hospitalización	Embarazo posterior reportado
1	Si	Única	Histerectomía electiva (Paridad Cumplida)	No	17	No
2	Si	Única	Lerado uterino (Sangrado activo)	Transfusión 2U GR	10	No
3	Si	Única	No	No	6	No
4	No: bHCG inicial (-)	-	No	No	2	Si
5	Si	Múltiple (2)	No	No	28	Si
6	Si	Única	No	No	19	No
<b>Total (%)</b>	5 (83%)		2 (33%)	1 (17%)	Media 13,5 días	2 (33%)