

GESTACIÓN ECTÓPICA CERVICAL TRATADA CON INYECCIÓN INTRASACULAR DE METOTREXATE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sánchez Bernal, P; López Martínez, P; Juan Pérez, A; Ferreira Gutiérrez, E; Gómez Mesequer, C; Mokachir Mohsenin, Z; Blanco Carnero, JE (Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca)

Marco teórico

La **gestación ectópica cervical** consiste en la implantación de un saco gestacional a nivel del cérvix. Es extremadamente infrecuente y supone menos del 0,5-1% de todos los embarazos ectópicos. El factor de riesgo que más se asocia al embarazo cervical es el antecedente de legrado aspirativo (70%). Otros factores de riesgo asociados son las técnicas de reproducción asistida, la cirugía cervical o uterina previa, el tabaquismo o el antecedente de aborto espontáneo.

Las gestaciones cervicales comprenden un muy **alto riesgo de sangrado** incontrolado debido a la localización anatómica del propio saco gestacional próximo a las arterias uterinas y a la incapacidad del propio cérvix de contraerse.

Las **manifestaciones clínicas** son inespecíficas y varían según la gravedad. El sangrado vaginal, a menudo abundante e indoloro, es el síntoma más frecuente. En los casos más severos, puede debutar como una hemorragia aguda con elevada mortalidad.

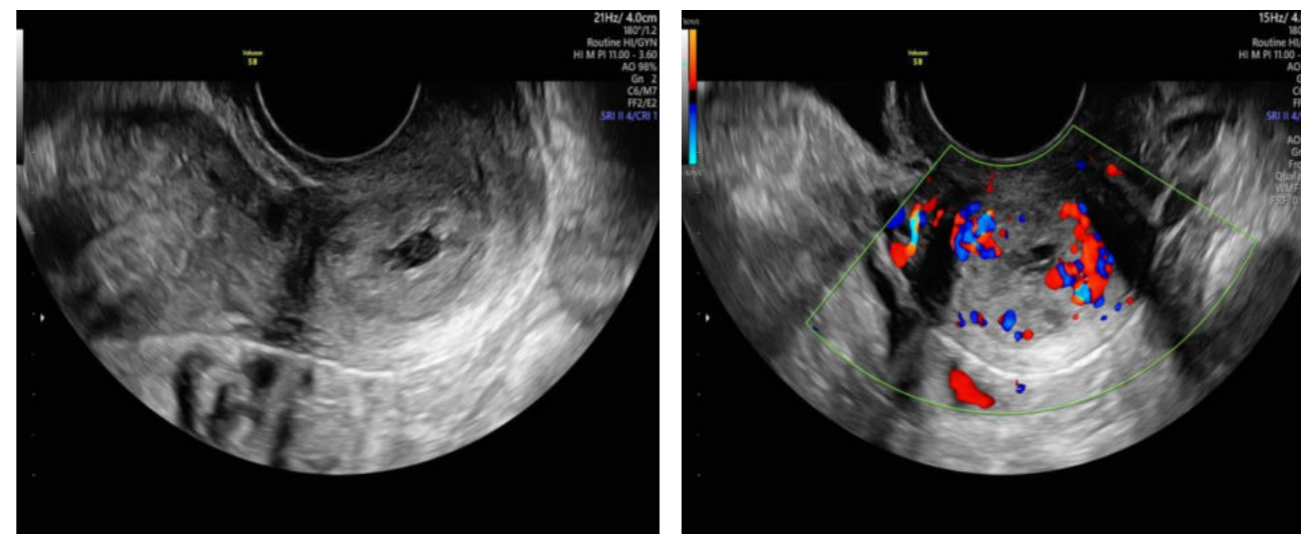
El **diagnóstico** se basa en la anamnesis y exploración física detalladas, la determinación de beta-HCG en sangre y la ecografía transvaginal. Algunos de los hallazgos ecográficos que aparecen más frecuentemente son la presencia de un saco gestacional dentro del cervix con Doppler positivo, un útero en forma de reloj de arena, un cervix dilatado o en forma de barril y la ausencia del "signo de saco deslizante".

En cuanto al **manejo**, las opciones terapéuticas incluyen la administración de MTX sistémico a dosis múltiples, la inyección intrasacular local de MTX o de KCl, el legrado endocervical, la embolización de las arterias uterinas y la histerectomía.

Caso clínico

Mujer de 36 años. NAMC. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés. FO: G1. Gestación tras FIV con ovocitos propios. Tras haber sido diagnosticada de un aborto diferido en la 8 SG y haberse optado por tratamiento con misoprostol vaginal, es citada a la semana para control del tratamiento. La paciente indica que apenas a sangrado por vía vaginal tras la administración de misoprostol. ECO TV: útero vacío con endometrio lineal. A nivel cervical se observa un saco gestacional de 27 x 16 mm con "imagen en donut", con mapa color positivo en cara posterior, compatible con un embarazo ectópico cervical. Ante la sospecha de embarazo cervical, se cursa analítica general y determinación de beta-HCG y se cita en consulta al día siguiente para decidir conducta.

Al día siguiente, la paciente se encuentra asintomática, sin dolor ni sangrado vaginal. Analítica: sin alteraciones. Beta-HCG: 7618 mUI/ml. Tras diagnóstico de embarazo cervical, se decide ingreso hospitalario para administración de tratamiento médico con MTX im a dosis múltiples (MTX 60 mg días 0, 2, 4 y 6 y ácido fólico 5,7 mg días 1, 3, 5 y 7).



Durante el ingreso, se administra MTX 60 mg el día 0, con evolución favorable. El día 2 se consensúa inyección de MTX intrasacular en quirófano (50 mg de MTX diluido en 1 ml de SSF). Al 3er día postcirugía, se valora la beta-HCG, que resulta ser de 5618 mUI/ml (descenso de un 26,25% con respecto a beta-HCG al ingreso). La evolución clínica y analítica de la paciente resulta favorable, por lo que se decide alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio y control clínico, analítico y ecográfico hasta negativización de beta-HCG.

Conclusiones

- El **embarazo cervical** es una entidad infrecuente en la que el saco gestacional se implanta en el canal endocervical.
- El **diagnóstico definitivo** depende principalmente de los hallazgos ecográficos, siendo el criterio ultrasonográfico más importante la presencia de un saco gestacional dentro del cuello con Doppler positivo.
- El **MTX IM a dosis múltiples**, asociado o no a su inyección intrasacular, se considera el tratamiento médico de elección.
- El **diagnóstico y manejo precoz** de esta patología es esencial para reducir el riesgo de hemorragia severa asociado y para mejorar los resultados del tratamiento conservador.