

Embarazo ectópico cervical: Manejo conservador para preservación de la fertilidad

Cervical ectopic pregnancy: Conservative management for fertility preservation

Alexis Javier Haro Perdomo¹, Daniel Vergara Pacheco², Darwin Cervantes Ortega³,
Teresa Natalia Aumala Viscarra⁴, Paola Montalvo Silva⁵

Resumen






El embarazo ectópico cervical (EEC) es una condición infrecuente, con una incidencia inferior al 1% de todos los embarazos ectópicos, y se asocia a una significativa morbi-mortalidad, especialmente ante retrasos en su diagnóstico o tratamiento. La complicación más grave es la hemorragia severa, que puede requerir una histerectomía y comprometer la fertilidad de la paciente. Aunque la causa del EEC no está completamente dilucidada, se identifican factores de riesgo como antecedentes de cesáreas, técnicas de reproducción asistida y legrados endouterinos. La presentación clínica típicamente incluye amenorrea, sangrado vaginal, pudiendo haber dolor pélvico, siendo la evaluación hormonal y la ecografía pélvica esenciales para el diagnóstico. No existen criterios unificados que establezcan qué pacientes son candidatos al manejo clínico versus el quirúrgico. Con el fin de aportar mayor evidencia que permita a posterior establecer mejores criterios para el manejo, se presenta un reporte de caso donde se describe el manejo exitoso de embarazo ectópico cervical, con el objeto de preservar fertilidad mediante metotrexato, histeroscopia, legrado endocervical y control de hemorragia con ligadura de vasos cervicales más colocación de balón cervical.

Palabras clave: tratamiento conservador de fertilidad, inyección intraamniótica, histeroscopia quirúrgica, cirugía conservadora, metotrexato, sangrado uterino, embarazo ectópico cervical.

Abstract

Cervical ectopic pregnancy (CEP) is an uncommon condition, with an incidence of less than 1% of all ectopic pregnancies, and is associated with significant morbidity and mortality, particularly in cases of delayed diagnosis or treatment. The most serious complication is severe hemorrhage, which may necessitate a hysterectomy and compromise the patient's fertility. Although the etiology of CEP is not fully understood, risk factors include a history of cesarean sections, assisted reproductive techniques, and endometrial curettage. The clinical presentation typically includes amenorrhea, vaginal bleeding, and possibly pelvic pain, with hormonal evaluation and pelvic ultrasound being essential for diagnosis. There are no unified criteria to determine which patients are candidates for clinical management versus surgical intervention. In order to contribute further evidence that may help establish better criteria for management in the future, we present a case report describing the successful treatment of cervical ectopic pregnancy. The goal was to preserve fertility by using methotrexate, diagnostic hysteroscopy, endocervical curettage, and controlling hemorrhage through cervical vessel ligation and the placement of a cervical balloon.

Keywords: fertility-sparing treatment, intra-amniotic injection, surgical hysteroscopy, conservative surgery, methotrexate, uterine bleeding, cervical ectopic pregnancy.

1. Ginecología y Obstetricia de la Universidad Internacional del Ecuador; Hospital Axxis; Quito, Ecuador.  <https://orcid.org/0000-0002-7121-7309>
2. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Coordinador Institucional de Ginecología Hospital General del Sur de Quito; Quito, Ecuador.  <https://orcid.org/0000-0002-8821-3814>
3. Ginecólogo-Obstetra Hospital General IESS Quito Sur; Quito, Ecuador.  <https://orcid.org/0000-0002-5069-8828>
4. Subsecretaria de Vigilancia prevención y Control de la Salud, Ministerio de Salud Pública; Quito, Ecuador;  <https://orcid.org/0000-0001-7073-0787>
5. Ginecología y Obstetricia de la Universidad De Las Américas; Quito, Ecuador.  <https://orcid.org/0000-0002-6766-1271>



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

Recibido: 12-03-2025

Aceptado: 26-03-2026

Publicado: 28-06-2026

DOI: 10.47464/MetroCiencia/vol34/2/2026/69-75

*Correspondencia autor: javicoalexis@gmail.com

Introduction

El embarazo ectópico cervical (EEC) es una entidad rara, su incidencia es menor al 1% con relación a todos los embarazos ectópicos(1). Se asocia con una alta morbi-mortalidad, especialmente si hay retraso en el diagnóstico o tratamiento. Puede complicarse con hemorragia severa, debido a que el estroma cervical no se contrae de la misma manera que el miometrio uterino, con lo cual no responde a uterotónicos, lo que podría llevar a una histerectomía, comprometiendo el futuro reproductivo de la mujer o incluso resultando en su muerte^{2,3}.

Aunque la etiología del EEC es desconocida, se ha determinado que tener antecedentes de, cesáreas, técnicas de reproducción asistida, legrado endouterino, en un embarazo previo se considera un factor de riesgo en casi el 70 % de los casos^{4,5}. La presentación clínica de un embarazo ectópico incluye amenorrea y sangrado vaginal, que puede acompañarse o no de dolor pélvico. La evaluación hormonal y la ecografía pélvica son los elementos fundamentales en el examen inicial de un embarazo ectópico⁵.

Los criterios ecográficos incluyen: la ausencia de contenido en el útero, útero en forma de reloj de arena, canal cervical dilatado, la presencia de un saco gestacional y tejido placentario en el canal cervical, así como la falta de apertura del orificio interno y la ausencia del signo de deslizamiento del saco gestacional⁶.

Actualmente su manejo se mantiene en debate y no hay criterios establecidos que permitan seleccionar que pacientes se asignan a un manejo clínico versus un quirúrgico, con ello su manejo se ha extrapolado de otros tipos de embarazo ectópico². Diversos agentes como metotrexato, mifepristona o misoprostol se han utilizado con diferentes tasas de éxito, generalmente en combinación con intervenciones quirúrgicas¹.

Este reporte de caso expone el manejo exitoso de un embarazo ectópico cervical,

para preservación de fertilidad, mediante metotrexato, histeroscopia, legrado endocervical, y control de hemorragia mediante ligadura de vasos cervicales y colocación de balón cervical.

Reporte de caso

Presentamos el caso de una paciente de 35 años, G:3 P:1 A: 1, Grupo sanguíneo O Rh positivo, sin antecedentes clínicos ni quirúrgicos de importancia, con amenorrea de 6 semanas 1 día y prueba de embarazo cuantitativa positiva, acude a emergencia por presentar sangrado vaginal moderado de 2 horas de evolución, con leve dolor pélvico sin otros síntomas acompañantes. Al examen físico signos vitales en parámetros normales (Tensión Arterial (TA): 126/77 mmHg Pulso (P) 81 l/min); escaso sangrado vaginal, cérvix cerrado. Ecografía transvaginal reporta: cavidad uterina vacía, saco gestacional alargado a nivel de istmo con pobre reacción decidual, mide 23mm, no se evidencia vesícula vitelina ni embrión. En emergencia obstétrica se cataloga como aborto incompleto y se indica misoprostol 600mcg sublingual 1 dosis más paracetamol 500mg cada 8 horas por 5 días, se indica acudir a control ecográfico en 1 semana o en caso de presentar signos de alarma como sangrado abundante.

Acude a la semana a emergencia por control, evidenciando sangrado oscuro de moderada intensidad por vagina, signos vitales en parámetros normales, cérvix posterior, reblandecido, dilatado 2 cm, palpándose restos en canal cervical. Ecografía transvaginal evidencia: útero en anteverso miometrio homogéneo de 88x47x56 mm volumen: 125.3 ml, endometrio central hiperecogénico de 3.3 mm, llama la atención imagen anecoica irregular a nivel de istmo de 29 mm, ovario derecho 21x11x26 mm volumen: 2.1 ml ovario izquierdo de 30x21x28 volumen: 9 ml, fondo de saco libre (Figura 1 y 2).

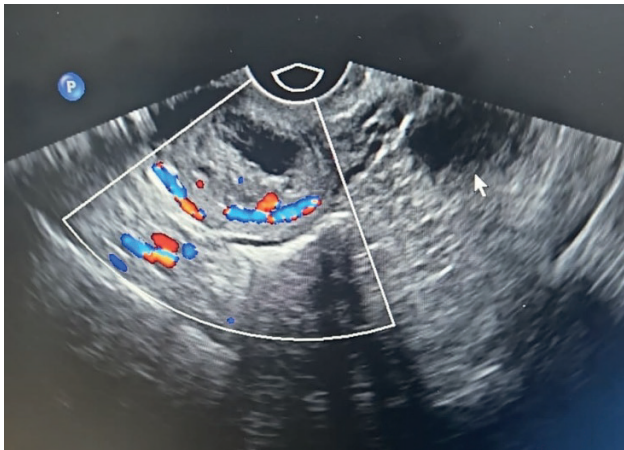


Figura 1. Ecografía transvaginal, muestra saco gestacional localizado a nivel del cérvix, con señal Doppler positiva adyacente (flechas).

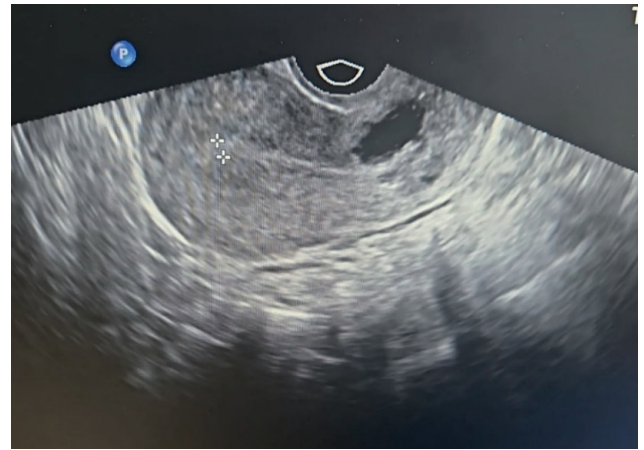


Figura 2. Ecografía transvaginal, muestra la implantación ovular (cabeza de flecha) por debajo del orificio cervical interno (flecha).

El valor inicial de B-hCG fue de: 4 674 mUI/ml, presentando anemia con hemoglobina de: 8.5g/dl . Resto de exámenes en parámetros normales; referirse a tabla 1.

Tabla 1. Valores de laboratorio

Parámetros	2024/09/06 (emergencia)	2024/09/08 (ingreso)	2024/09/11 (control)	2024/09/13 (control)	2024/09/15 (control)	2024/09/17 (control)	2024/09/18 (post transfusión)
HCG-beta cuantitativo (mUI/ml)	4 674	4679	4118	3693	3018	1130	
Leucocitos (WBC) (10 ³ /μL)(4 - 10 10 ³ /μL)	6.59	7.44	-	5.69	-	4.64	10.45
Hemoglobina (HGB) (g/dL) (11 - 15 g/dL)	8.5	9.1	-	9.3	-	7.0	8.4
Hematocrito (HCT)(%) (37 - 47 %)	26.2	27.9	-	29.0	-	21.2	25.4
Plaquetas (10 ³ /μL)(150 - 450 10 ³ /μL)	440	354	-	404	-	309	235
Tiempo de protrombina (TP) (segundos)	-	11.6	-	-	-	-	-
INR	-	1.01	-	-	-	-	-
Tiempo de trombo-plastina (TTP) (segundos)	-	29.8	-	-	-	-	-
Creatinina (mg/dL)	-	0.55	-	0.58	-	-	-
Bilirrubina Directa (mg/dL)	-	0.14	-	0.14	-	-	-
Bilirrubina Indirecta (mg/dL)	-	0.17	-	0.13	-	-	-
Bilirrubina Total (mg/dL) (hasta 1.0 mg/dL)	-	0.31	-	0.27	-	-	-
AST (SGOT)(U/L)(10 - 35 U/L)	-	25	-	25.9	-	-	-

ALT (SGPT) (U/L) (10 - 35 U/L)	-	24.7	-	26.8	-	-	-
VDRL	No reactivo	-	-	-	-	-	-
HIV cualitativa	No reactivo	-	-	-	-	-	-

Se cataloga por hallazgos descritos, como embarazo ectópico cervical más anemia grado II; paciente sin paridad satisfecha, por lo que se ingresa a hospitalización, para manejo conservador de fertilidad, se calcula dosis de metotrexato según superficie corporal, dándose una dosis de 82.5 mg IM (50 mg/m²); con esquema de dosis múltiple (días 1,3,5,7), después de la primera dosis administrada en su control, B-hCG baja a 4118 mUI/ml, representando el 12% de descenso, con lo cual se administra segunda dosis; en su siguiente control disminuye a 3 693 mUI/ml, (disminución de 10%), se administra tercera dosis, a su control B- hCG : 3018 mUI/ml (descenso de 18%), se administra cuarta dosis, al control B hCG con descenso del 62%; recibiendo un total de 4 dosis más ácido fólico 15 mg vía oral (los días donde no recibió metotrexato).

Paciente durante hospitalización mantiene sangrado vaginal en escasa cantidad con leve dolor a nivel pélvico sin otras molestias, se realiza ecografía de control evidenciando: útero anteverso, miometrio homogéneo, mide 49 x 56 x 39 mm, con volumen de 57.6 cc. endometrio 10 mm, vacío, sin presencia de saco gestacional, entre el segmento uterino y el cuello, a 18 mm del orificio cervical externo se evidencia imagen ecogénica heterogénea, irregular, mixta con presencia de Doppler vascular, que mide 28 mm por 20 mm, sin presencia de saco gestacional, ni embrión, sugestivo de embarazo ectópico cervical, histerometría a nivel del segmento uterino la cual mide 5.7 mm, resto de hallazgos en parámetros normales.

Además, se realiza resonancia magnética, donde se identifica una estructura bien delimitada, hiperintensa en la secuencia, probablemente correspondiente al saco gestacional, localizado dentro del canal cervical. El saco gestacional no tiene continuidad con la cavidad uterina, lo que indica una implantación

anormal en el cuello uterino.

Hay aparente distensión y adelgazamiento de las paredes cervicales debido a la ocupación por el embarazo. La cavidad uterina parece vacía o desplazada hacia superior, confirmando la localización ectópica. (Figura 3 y 4).

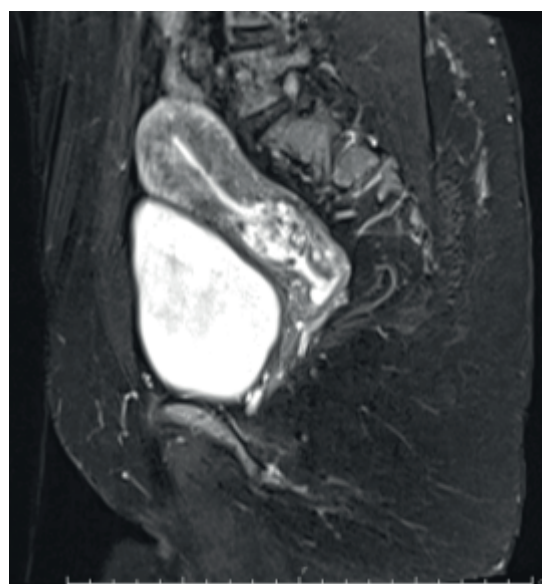


Figura 3. Resonancia Magnética. Corte sagital. Las flechas señalan el saco gestacional localizado en la región cervical, por debajo del orificio cervical interno (Cabeza de flecha).

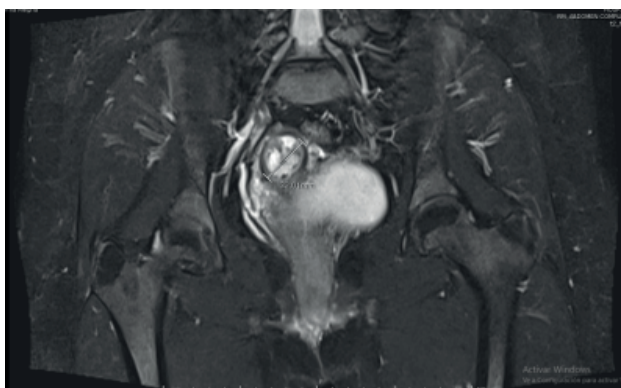


Figura 4. Resonancia Magnética. Corte sagital. Las flechas señalan el saco gestacional localizado en la región cervical, por debajo del orificio cervical interno (Cabeza de flecha).

Se complementa procedimiento, con histeroscopia quirúrgica más ligadura transvaginal de las ramas cervicales de las arterias uterinas y se llevó a cabo un legrado para evacuar el contenido cervical. Posteriormente, se colocó un catéter Foley en el cuello uterino (bag con 27 ml de solución salina), para ejercer un efecto de taponamiento por sangrado activo, retirándose a las 24 horas de manera progresiva, en su control se evidenció sangrado activo en gran cantidad por lo que se coloca nuevamente balón cervical, hemoglobina de control en 7.0 g/dl con signos de hipoperfusión por lo que se administró 2 paquetes globulares, cristaloides y ácido tranexámico 1 gramo intravenoso, se logra control de sangrado y se dejó por 3 días más taponamiento cervical, retirándose a posterior progresivamente sin complicaciones.

La paciente a los 5 días postquirúrgico, con adecuada evolución clínica se decide alta, se entrega método de anticoncepción y control por consulta externa. Paciente se mantuvo en hospitalización un total de 13 días.

El informe de patología indicó la presencia de tejido decidual y vellosidades coriónicas adyacentes al tejido endocervical, lo que confirmó el diagnóstico de embarazo ectópico cervical.

Discusión

El embarazo ectópico cervical ocurre cuando, tejido trofoblástico invade el canal cervical^{7,8}. Los principales factores de riesgo incluyen, fertilización in vitro, lesiones endometriales, causadas por enfermedad inflamatoria pélvica o traumatismos postquirúrgicos, como la cesárea o el legrado uterino, antecedentes de abortos, el uso de dispositivos intrauterinos y anomalías estructurales del útero^{2,9}.

Pacientes con este tipo de embarazo ectópico, se presentan con sangrado vaginal del primer trimestre y algunos casos con dolor tipo cólico, por lo que muchas veces se diagnostica equívocamente como abor-

to. Al examen físico se puede identificar un cérvix aumentado de tamaño desproporcionado con relación al útero, con orificio cervical externo abierto parcialmente y con sangrado a la manipulación del cérvix¹⁰.

El ultrasonido y el avance en su resolución permiten un diagnóstico temprano de este tipo de patologías. Esto impacta de manera favorable en las estrategias de manejo, lo que contribuye a disminuir la morbi-mortalidad asociada¹¹.

Las siguientes características ecográfica se pueden utilizar para hacer un diagnóstico de embarazo cervical: Cavidad endometrial vacía con endometrio engrosado, orificio cervical interno cerrado, presencia de saco gestacional o tejido trofoblástico/placentario por debajo del nivel del orificio cervical interno, canal cervical intacto entre el endometrio y el saco gestacional, signo deslizante negativo. (El signo deslizante se refiere al movimiento del contenido cervical al aplicar presión con la sonda), aumento del flujo peritrofoblástico en Doppler color, saco gestacional por debajo del nivel de la arteria uterina, configuración en "reloj de arena" del útero⁹.

Métodos diversos han sido descritos para la interrupción del embarazo cervical. Frecuentemente, se emplea más de un enfoque para llevar a cabo la terminación del embarazo. Los métodos de tratamiento para el EEC pueden agruparse en cinco categorías principales: quimioterapia sistémica, inyección intra-amniótica (metotrexato, cloruro de potasio), cirugía (dilatación y curetaje, histerectomía), taponamiento con catéter Foley, Reducción del flujo sanguíneo⁸.

Dado que esta condición es rara, no existen criterios bien establecidos para diferenciar entre el tratamiento médico y el quirúrgico, como ocurre en los embarazos ectópicos tubáricos. Tampoco se han desarrollado guías específicas de manejo para este tipo de casos. El conocimiento sobre esta patología proviene, en su mayoría, de estudios observacionales⁹.

Factores que pueden influir en el éxito del tratamiento médico incluyen la edad gestacional, los niveles de β -hCG y la presencia de actividad cardíaca fetal. El principal beneficio de los tratamientos médicos es que preservan la fertilidad, lo que los hace preferibles en pacientes que desean concebir nuevamente¹¹.

Cuando la edad gestacional es igual o superior a 9 semanas, con actividad cardíaca presente, con niveles de HCG en suero sobre las 10,000 miliunidades internacionales por mililitro (mIU/mL), o cuando la longitud cráneo-caudal del feto (CRL) es mayor a 10 mm, existe más probabilidades de fracaso de la quimioterapia con metotrexato (MTX) en dosis única, en estos casos se recomienda la combinación de tratamientos, tanto sistémico con múltiples dosis y con administración de potasio intra- amniótico⁹.

El metotrexato (MTX) administrado por vía intramuscular, se puede utilizar de dos maneras:

Dosis única: Se administra una dosis de 1 mg/kg de peso, y se evalúa el nivel de β -hCG a las 48 horas. Si no ha disminuido al menos entre un 15% y un 30%, se administra una segunda dosis. Dosis múltiple fija: Se administra MTX (1 mg/kg de peso) o (50 mg/m²) en los días 1, 3, 5 y 7, alternando con ácido fólico (0,1 mg/kg)^{9,12}.

Si el tratamiento médico previo falla o está contraindicado, se puede optar por un método quirúrgico que conserve la fertilidad, mediante la extirpación del trofoblasto. Esto se puede realizar a través de un legrado/aspiración o mediante histeroscopia quirúrgica².

Si los procedimientos conservadores de fertilidad fallan, y se presenta sangrado masivo. Esta complicación frecuentemente requiere una histerectomía de emergencia para controlar la hemorragia¹³.

Además, se recomiendan medidas adyuvantes para disminuir la pérdida de sangre antes o después de un procedimiento. Entre estas medidas se incluyen el uso de

taponamiento cervical mediante un catéter Foley, la reducción del suministro de sangre a través de inyecciones cervicales de vasopresores o prostaglandinas, la colocación de un cerclaje cervical, la ligadura quirúrgica de las arterias cervicales, uterinas o ilíacas internas, y la embolización arterial¹⁴.

Independientemente del tratamiento conservador utilizado, la literatura es unánime en cuanto a la necesidad de un seguimiento hasta la resolución completa, definida por valores negativos de hCG sérica (<5 mIU/mL). Los hallazgos ecográficos por sí solos no son confiables, ya que la imagen del trofoblasto inerte puede tardar varias semanas en desaparecer. Finalmente, se debe prescribir un método anticonceptivo confiable durante al menos tres meses después de la terapia con metotrexato, debido al efecto teratogénico del fármaco, clasificado por la FDA como categoría X en el embarazo^{2,7}.

Conclusiones

El embarazo cervical es poco frecuente, pero el riesgo de presentarse aumenta en mujeres con antecedentes de cirugías previas (cesárea, legrado), infecciones y el uso de técnicas de reproducción asistida (TRA).

El diagnóstico temprano y manejo adecuado del embarazo ectópico cervical mediante el uso de ultrasonido y la aplicación de un tratamiento conservador tiene un impacto positivo en la preservación de la fertilidad de la paciente.

El manejo de un embarazo ectópico cervical requiere diferentes métodos de abordaje, esto incluye el uso de metotrexato y otros procedimientos (legrado, ligaduras vasculares, tapón cervical, entre otros) que ayuden a controlar la hemorragia.

Si la hemorragia no es controlada con un manejo conservador muchas veces se requiere la histerectomía de emergencia, con el evidente compromiso de fertilidad futura.

Contribución de los autores

a) Concepción y diseño del trabajo: Alexis Haro, Daniel Vergara, Darwin Cervantes.

b) Análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito Alexis Haro, Daniel Vergara, Darwin Cervantes, Paola Montalvo.

c) Revisión crítica del manuscrito: Daniel Vergara, Alexis Haro, Darwin Cervantes, Teresa Aumala.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de interés personal, financiero, intelectual, económico y de interés corporativo con los miembros de la revista MetroCiencia.

Financiación

No fue necesario financiamiento económico.

Bibliografía

- Mininni C, Garibaldi S, Fornari L, Domenici L, Cattani R, Bottone P.** Effective combined treatment in ectopic cervical pregnancy preserving fertility: a case report and literature review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2021 Jun;25(12):4190–7.
- Évora F, Hundarova K, Águas F, Carvalho G.** Cervical Ectopic Pregnancy: A Multidisciplinary Approach. *Cureus.* 2021 Oct 29;
- Fowler ML, Wang D, Chia V, Handal-Orefice R, Latortue-Albino P, Mulekar S, et al.** Management of Cervical Ectopic Pregnancies: A Scoping Review. In: *Obstetrics and Gynecology.* Lippincott Williams and Wilkins; 2021. p. 33–41.
- Stabile G, Mangino FP, Romano F, Zinicola G, Ricci G.** Ectopic Cervical Pregnancy: Treatment Route. *Medicina (B Aires).* 2020 Jun 12;56(6):293.
- Ansari A, Dhok A, Dhawan S, Onkar P, Potdukhe P, Mitra K.** Live Cervical Ectopic Pregnancy in a Patient With Previous Cesarean Section: A Case Report With Review of Literature. *Cureus.* 2023 Mar 30;
- Khithani JL, Supe PB, Sarmalkar MS.** Successful conservative management of live cervical ectopic pregnancy: case report. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2020 Oct 27;9(11):4730.
- Elmokadem AH, Abdel-Wahab RM, El-Zayadi AA, Elrakhawy MM.** Uterine Artery Embolization and Methotrexate Infusion as Sole Management for Caesarean Scar and Cervical Ectopic Pregnancies: A Single-Center Experience and Literature Review. *Canadian Association of Radiologists Journal.* 2019 Aug 1;70(3):307–16.
- A E, R Y, SS B, A AO, W S, B E, et al. Cervical Ectopic Pregnancy with Cervical Placental Invasion.** A Case Report of a Rare Entity: Diagnosis and Management. *Indian Journal of Applied Radiology [Internet].* 2018 Jul 8 [cited 2024 Sep 30];4(1):1–4. Available from: www.opensciencepublications.com
- DP.** Cervical Ectopic Pregnancy: Role of Imaging in Diagnosis and Management. *Open Access Journal of Gynecology.* 2020 Jan 9;5(1):1–7.
- Sidid S, Thakur P, Duggal B.** Case Report: Misdiagnosed Case of Cervical Ectopic Pregnancy with Catastrophic Bleeding. *Scholars International Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet].* 2021 [cited 2024 Sep 30]; Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://saudijournals.com/media/articles/SIJOG_45_199-201.pdf
- Etraim A, Eljabu , Hanan, Elfortia I, Andisha A.** Delayed Diagnosis and Management of Second Trimester Cervical Ectopic Pregnancy - Case Report. *Health Science Journal [Internet].* 2021 [cited 2024 Sep 30]; Available from: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.itmedicalteam.pl/articles/delayed-diagnosis-and-managementof-second-trimester-cervical-ectopicpregnancy-case-report.pdf
- Ortiz G, Kameyama N, Sulaiman JP, Lopez-Bayghen E.** Successful management of cervical ectopic pregnancy with embryo reduction: report of three cases. *J Surg Case Rep.* 2021 May 1;2021(5).
- Ozcivit IB, Cepni I, Hamzaoglu K, Erenel H, Madazlı R.** Conservative management of 11 weeks old cervical ectopic pregnancy with transvaginal ultrasound-guided combined methotrexate injection: Case Report and Literature Review. *Int J Surg Case Rep.* 2020;67:215–8.
- Bolaños-Bravo HH, Ricaurte-Fajardo A, Zarama-Márquez F, Ricaurte-Sossa A, Fajardo-Rivera R, Chicaiza-Maya R, et al.** Manejo conservador en una paciente con embarazo ectópico cervical en Nariño, Colombia: reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Gynecol.* 2019 Dec 30;70(4):277–92.

Cómo citar: Haro Perdomo AJ, Vergara Pacheco D, Cervantes Ortega D, Aumala Viscarra TN, Montalvo Silva P. Embarazo ectópico cervical: Manejo conservador para preservación de la fertilidad. *MetroCiencia [Internet].* 28 de junio de 2026; 34(2):69-75. Disponible en: <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol34/2/2026/69-75>