

## **Embarazo heterotópico cervical: Descripción de un caso.**

Heterotopic cervical pregnancy: A case report.

Gutiñas A, Charines E, De Andrés P, Herrero F, Rodríguez R, González A.

Servicio de Fisiopatología Fetal  
Servicio de Obstetrica y Ginecología  
Hospital Materno-Infantil La Paz.  
Madrid

Correo electrónico: [aguntinasc@sego.es](mailto:aguntinasc@sego.es)

## **INTRODUCCIÓN**

Se denomina embarazo heterotópico a la coexistencia de una gestación intrauterina con una gestación ectópica. El primer caso fue descrito en 1761 como resultado de una autopsia, tal como cita Diallo en una revisión reciente(1). La incidencia en casos de concepción espontánea era, en 1948, de 1/ 30.000 embarazos. Se ha ido produciendo un progresivo incremento de su incidencia llegando a ser, en 1986, de hasta 1/ 3889 embarazos. A esto han contribuido en gran parte las técnicas de reproducción asistida; hasta el punto de que la incidencia de embarazo heterotópico con ellas llega a ser de 1/100 ó 500 embarazos.(2, 3, 4) . La mayoría de éstos combinan un embarazo intrauterino con uno tubárico, siendo extraordinaria su combinación con uno cervical.

La implantación de un saco gestacional a nivel cervical es la complicación más grave del embarazo ectópico, sobre todo, porque en la gran mayoría de los casos el tratamiento efectivo es la realización de una histerectomía. Afortunadamente se trata de una complicación muy poco frecuente con una incidencia variable desde 1/ 1.000 a incluso 1/95.000 embarazos (5, 6). Las complicaciones del embarazo ectópico cervical, son variables y, por lo general, graves si evoluciona sin sintomatología precoz o si el diagnóstico no se hace en épocas tempranas. El primer signo suele ser un sangrado vaginal de intensidad variable y el diagnóstico es casi exclusivamente mediante ecografía con sonda vaginal, en la cual se observa un saco gestacional asentado en el canal endocervical, y que en ocasiones puede ser confundido con un aborto en curso o inminente.

Se han descrito múltiples métodos para el manejo del sangrado cervical que hay que valorar según el caso.

## **CASO CLÍNICO**

Paciente de 44 años, con esterilidad primaria de cinco años de evolución, sometida previamente a varios tratamientos de reproducción asistida sin éxito, a la que se realizó una transferencia embrionaria con donación de ovocitos en otro centro.

Tras el primer control ecográfico en la 5ª semana de gestación, realizado por sangrado escaso de la paciente, se observó un saco gestacional intraútero y una imagen en cérvix de etiología dudosa. Una semana después se confirmó la presencia de embarazo heterotópico, con un saco

intraútero de 6 semanas con embrión con movimientos cardiacos (MCF) positivos y otro saco cervical con embrión y MCF positivos.

Dos días después debido al aumento de la metrorragia, tras comentar las distintas posibilidades con la paciente, se decidió realizar reducción del saco cervical mediante la instilación de glucosa hiperosmolar intrasacular, mediante punción transvaginal con control ecográfico bajo anestesia.

A la semana siguiente, el embrión cervical se había reabsorbido, persistiendo tejido trofoblástico y metrorragia escasa. La gestación intrauterina seguía su curso adecuadamente. Tras dos semanas de evolución persiste tejido trofoblástico vascularizado en canal cervical. Dada la persistencia de sangrado vaginal se decide su traslado a nuestro centro por el riesgo de hemorragia.

A su ingreso, la paciente presenta sangrado leve-moderado, permaneciendo estable 24 horas. Repentinamente, se hace muy intenso, por lo que se traslada la paciente al quirófano.

Mediante ecografía abdominal se observa tejido trofoblástico a nivel del canal cervical cuya inserción superior se extiende hasta istmo uterino (Fig. 1.). Bajo control ecográfico, se realiza legrado del saco endocervical que no cohibe la hemorragia, empeorando el estado hemodinámico de la paciente, siendo necesaria la transfusión de cuatro unidades de concentrado de hematíes; tras consultar con la paciente se decide realizar histerectomía total simple, debido al deterioro de la paciente y la intensidad de la hemorragia.

Tuvo un postoperatorio afebril con evolución satisfactoria, siendo dada de alta al sexto día, sin complicaciones.

En el examen anatomopatológico de la pieza se visualizaba intrauterinamente una placenta inmadura sin lesiones y feto sin malformaciones. A nivel cervical existía extensa necrosis de la mucosa cervical y lecho placentario con restos abortivos de embarazo ectópico de cérvix.

## **DISCUSIÓN**

El embarazo cervical es una patología extremadamente rara que puede poner en peligro la vida de la paciente. Un alto porcentaje de estas pacientes precisa la realización de una histerectomía total para cohibir el sangrado cervical profuso que se suele producir (6).

En cuanto al tratamiento conservador se han propuesto diversos métodos para intentar mantener la fertilidad de la mujer. Este punto es especialmente importante ante un caso de embarazo

heterotópico, para mantener la viabilidad de la gestación intrauterina, sobre todo en mujeres sometidas a tratamientos de esterilidad sin hijos previos.

Se ha descrito en la literatura como opciones para el manejo del embarazo cervical el uso Metotrexate (MTX) por vía sistémica (7,8), dilatación y legrado cervical, resección histeroscópica (9), embolización de la arteria uterina para frenar el sangrado tras legrado cervical, ligadura de la arteria uterina y cervicotomía(6), cerclaje cervical tipo Shirodkar previo a la evacuación digital del embarazo (10), o la inyección intracervical de sustancias vasoconstrictoras. Varios autores intentan reducir la gestación ectópica mediante la instilación intrasacular de distintas sustancias por vía transvaginal.

Lorente y cols.(11) realizaron una inyección intrasacular de MTX en una gestación cervical de 7 semanas, repitiendo una segunda dosis a los 7 días, con un resultado favorable y negativización de la  $\beta$ -HCG a los tres meses.

Recientemente, Pascual y cols.(12) describieron un caso de embarazo gemelar cervical con latido cardiaco positivo en ambos gemelos, diagnosticado a la semana 8 por ultrasonidos. Realizaron tratamiento conservador con administración intraamniótica de MTX bajo control ecográfico y posteriormente legrado, obteniendo buenos resultados.

Carreno y cols.(4) trataron un embarazo heterotópico (intrauterino y cervical) de 6 semanas con inyección intraembrionaria de cloruro potásico en el saco gestacional cervical produciendo la muerte embrionaria. En este caso la evolución fue favorable llegando la gestación intrauterina a término sin complicaciones. Casos similares han presentado Monteagudo y cols.(13) y Frates y cols.(14) obteniendo resultados comparables.

Sin embargo, Honey y cols.(5) ante un embarazo heterotópico cervical de 7+4 semanas intentaron primero una embolización de la arteria uterina y posteriormente la instilación de cloruro potásico en región intracardiaca del embrión cervical produciéndole la parada cardiaca. A las nueve semanas de este tratamiento, la paciente regresó con sangrado y fiebre. En los hemocultivos realizados detectaron la presencia de *E. coli*. Debido al sangrado profuso y la infección tuvieron que realizarle una histerectomía total abdominal.

Strohmer y cols.(15) resolvieron un embarazo heterotópico de 7+3 semanas, intrauterino y tubárico, instilando glucosa hiperosmolar en el saco gestacional tubárico. Estos autores se decantaron por esta sustancia por su inocuidad sobre el embrión intrauterino; puesto que, el MTX puede ser tóxico para la otra gestación y la prostaglandinas provocan contracciones uterinas que

pueden provocar el aborto. Consideran pues, que, ante un embarazo heterotópico el tratamiento más adecuado para conservar al embrión viable es la inyección de glucosa hiperosmolar o cloruro potásico local. También hay autores (16) que se inclinan más a favor de los tratamientos quirúrgicos clásicos.

En el caso que presentamos se barajaron las distintas posibilidades terapéuticas. El problema planteado ante el uso de MTX o embolización arterial era la posible afectación del embrión intrauterino por la radiación o el MTX. La inyección local de glucosa hiperosmolar o cloruro potásico parece la opción más adecuada para preservar el otro embarazo. En los casos que hemos hallado descritos en la literatura sobre embarazo cervical, observamos la utilización de cloruro potásico en mayor medida que la glucosa hiperosmolar, pudiendo estar esto relacionado con el resultado propio de cada autor. Sin embargo, en este caso no fue suficiente para anular el crecimiento trofoblástico. Quizá una acción coadyuvante más temprana para frenar la expansión trofoblástica, como un legrado cervical o embolización selectiva de la arteria cervical, hubieran evitado la cirugía radical.

Dada la rareza de la asociación de embarazo intrauterino coincidente con embarazo cervical, las directrices más adecuadas en el manejo conservador del embarazo heterotópico cervical son difíciles de precisar, debido al reducido número de casos publicados y a la propia experiencia personal. Por lo que cada caso concreto ha de ser seguido minuciosamente y actuar en todo momento según el estado clínico de la paciente.



**Fig. 1.** Vesícula intrauterina con embrión y trofoblasto proliferativo a nivel cervical, que llega a istmo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Diallo D, Aubard Y, Piver P, Baudet JH. Grossesse hétérotopique: à propos de 5 cas et revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000; 29: 131-141.
2. Nair P, Chauhan M. Heterotopic pregnancy (triplets) following in vitro fertilisation: case report. *Arch Gynecol Obstet* 1999; 263: 84-85.
3. Habana A, Dokras A, Dphil, Giraldo JL, Jones EE. Cornual heterotopic pregnancy: contemporary management options. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182: 1264-1270.
4. Carreno CA, King M, Johnson MP, Yaron Y, Diamond MP, Bush D y cols. Treatment of heterotopic cervical and intrauterine pregnancy. *Fetal Diagn Ther* 2000; 15: 1-3.
5. Honey L, Leader A, Claman P. Uterine artery embolization – a successful treatment to control bleeding cervical pregnancy with a simultaneous intrauterine gestation. *Human Reproduction* 1999; 14 (2): 553-555.
6. García de Lomas M, de Dios MJ, Estévez A, Caballero M, Garrido R. Embarazo cervical. Tratamiento conservador con cervicotomía y ligadura de ramas cervicales de arteria uterina. *Prog Obst Gin* 1996; 39(7): 529-532.
7. Kung FT, Chang SY, Tsai YC, Hwang FR, Hsu TY, Soong YK. Subsequent reproduction and obstetric outcome after metotrexate treatment of cervical pregnancy: a review of original literature and international collaborative follow-up. *Human Reprod* 1997; 12: 591-595.
8. Moreno A, Costales CA, García J, Hernández A, García FJ, Montalvo J y cols. Estrategias terapéuticas en el embarazo cervical. *Toko-Gin. Pract.* 1997; 56(7): 368-372.
9. Ash S, Farrell. Hysteroscopic resection of a cervical ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1996; 66: 842-844.
10. Anonymous. Cervical pregnancy managed by placement of a Shirodkar cerclage before evacuation: a case report. *J Reprod Med* 1989; 34: 69-70.
11. Lorente J, García-Courtoy C, López A, Carrasco S. Un caso de embarazo cervical tratado con metotrexato intra-amniótico. *Prog Obst Gin* 1997; 40(6): 432-434.
12. Pascual MA, Ruiz J, Treserra F, Sanuy C, Grases PJ, Tur R, Barri PN. Cervical ectopic twin pregnancy: diagnosis and conservative treatment: case report. *Human Reprod* 2001; 16(3): 584-6.

13. Monteagudo A, Tarricone NJ, Timor-Tritsch, Lerner JP. Successful transvaginal ultrasound-guided puncture and injection of a cervical pregnancy in a patient with simultaneous intrauterine pregnancy and a history of a previous cervical pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996; 8: 381-386.
14. Frates MC, Benson CB, Doubilet PM. Cervical ectopic pregnancy: results of conservative treatment. *Radiology* 1994; 191: 773-775.
15. Strohmer H, Obruca A, Lehner R, Egarter C, Husslein P, Feichtinger W. Successful treatment of a heterotopic pregnancy by sonographically guided instillation of hyperosmolar glucose. *Fertil Steril* 1998, 69 (1): 149-151.
16. Honigl W, Tamussino K, Lang P. Noninvasive Treatment of heterotopic pregnancy. *Fertil Steril* 1999; 71 (3): 586-587.



Fig. 1. Embarazo intrauterino más tejido trofoblástico cervical