

346 A. Guntiñas
E. Charines
P. de Andrés
F. Herrero
R. Rodríguez
A. González

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

Correspondencia:

Dra. A. Guntiñas Castillo.
La Hiruela, 3, 10.º 6.ª.
28035 Madrid.
Correo electrónico: aguntinasc@sego.es

Fecha de recepción: 12/2/01
Aceptado para su publicación: 28/3/01

Embarazo heterotópico cervical: descripción de un caso

Heterotopic cervical pregnancy: a case report

A. Guntiñas, E. Charines, P. de Andrés, F. Herrero, R. Rodríguez, A. González. Embarazo heterotópico cervical: descripción de un caso. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:346-349.

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 reciente¹. 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, que en 1986 ha llegado a ser de hasta 1/3.889 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 o 500 embarazos²⁻⁴. La mayoría de éstos combinan un embarazo intrauterino con uno tubárico, siendo extraordinaria su combinación con uno cervical.

La implantación de un saco gestacional en la zona 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 inci-

dencia 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 temprana o si el diagnóstico no se hace en épocas tempranas. El primer signo suele ser una hemorragia 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, que en ocasiones puede ser confundido con un aborto en curso o inminente.

Se han descrito múltiples métodos para el abordaje de la hemorragia cervical que hay que valorar según el caso.

CASO CLÍNICO

Paciente de 44 años, con esterilidad primaria de 5 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.



Figura 1. Embarazo intrauterino más tejido trofoblástico cervical.

Tras el primer control ecográfico en la semana 5 de gestación, realizado por hemorragia escasa 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 cardíacos (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 persistía tejido trofoblástico vascularizado en el canal cervical. Dada la persistencia de sangrado vaginal, se decidió el traslado de la paciente a nuestro centro por el riesgo de hemorragia.

En el momento del ingreso la paciente presentaba sangrado leve-moderado, permaneciendo estable 24 h. Repentinamente se hizo muy intenso, por lo que se trasladó a la paciente al quirófano.

Mediante ecografía abdominal se observó tejido trofoblástico en el canal cervical, cuya inserción superior se extendía hasta istmo uterino (fig. 1). Bajo control ecográfico se practicó legrado del saco endocervical que no cohibió la hemorragia, empeoran-

do el estado hemodinámico de la paciente, por lo que fue necesaria la transfusión de 4 unidades de concentrado de hemáties; tras consultar con la paciente se decidió realizar histerectomía total simple, debido al deterioro de la paciente y a 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. En la zona 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 la hemorragia cervical profusa que se suele producir⁶.

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 han descrito en la bibliografía como opciones para el abordaje del embarazo cervical el uso de metotrexato (MTX) vía sistémica^{7,8}, dilatación y legrado cervical, resección histeroscópica⁹, embolización de la arteria uterina para frenar la hemorragia tras legrado cervical, ligadura de la arteria uterina y cervicotomía⁶, cerclaje cervical tipo Shirodkar previo a la evacuación digital del embarazo¹⁰ o la inyección intracervical de sustancias vasoconstrictoras. Varios autores intentan reducir la gestación ectópica mediante la instilación intrasacular de distintas sustancias vía transvaginal.

Lorente et al¹¹ 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 β -HCG a los tres meses.

Recientemente Pascual et al¹² han descrito un caso de embarazo gemelar cervical con latido cardíaco 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 et al⁴ 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 et al¹³ y Frates et al¹⁴ obteniendo resultados comparables.

Sin embargo, Honey et al⁵, 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 la región intracardíaca del embrión cervical produciéndole la parada cardíaca. A las 9 semanas de este tratamiento, la paciente regresó con hemorragia y fiebre. En los hemocultivos realizados detectaron la presencia de *Escherichia coli*. Debido a la hemorragia profusa y a la infección tuvieron que realizarle una histerectomía total abdominal.

Strohmer et al¹⁵ 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 las prostaglandinas provocan contraccio-

nes 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 autores¹⁶ 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 de embarazo cervical que hemos hallado descritos en la bibliografía, observamos la utilización de cloruro potásico en mayor medida que la glucosa hiperosmolar, lo que puede estar relacionado con el resultado propio de cada autor. Sin embargo, en este caso no fue suficiente para anular el crecimiento trofoblástico. Quizás una acción coadyuvante más temprana para frenar la expansión trofoblástica, como un legrado cervical o embolización selectiva de la arteria cervical, hubiera evitado la cirugía radical.

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

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 et al. 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 Reprod* 1999; 14: 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 Obstet Ginecol* 1996; 39: 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 et al. Estrategias terapéuticas en el embarazo cervical. *Toko-Gin Pract* 1997; 56: 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 intraamniótico. *Prog Obstet Ginecol* 1997; 40: 432-434.
12. Pascual MA, Ruiz J, Treserra F, Sanuy C, Grases PJ, Tur R et al. Cervical ectopic twin pregnancy: diagnosis and conservative treatment: case report. *Human Reprod* 2001; 16: 584-586.
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: 149-151.
16. Honigl W, Tamussino K, Lang P. Noninvasive treatment of heterotopic pregnancy. *Fertil Steril* 1999; 71: 586-587.