



Revista Peruana de Ginecología y  
Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y  
Ginecología  
Perú

Ramírez, Juan; Pimentel, J; Cabrera, Santiago; Campos, G; Zapata, B  
Embarazo heterotópico cervical: reporte de un caso  
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 61, núm. 3, 2015, pp. 301-306  
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología  
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323442608015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# CASO CLÍNICO

## EMBARAZO HETEROTÓPICO CERVICAL: REPORTE DE UN CASO

Juan Ramírez<sup>1,a</sup>, J Pimentel<sup>1,a</sup>, Santiago Cabrera<sup>1,a</sup>, G Campos<sup>1,b</sup>, B Zapata<sup>1,c</sup>

<sup>1</sup> Hospital Nacional Docente Materno Infantil San Bartolomé, Lima, Perú

<sup>a</sup> Médico Gineco-Obstetra

<sup>b</sup> Médico Gineco-Oncólogo

<sup>c</sup> Médico Residente de Gineco-Obstetricia

Conflictos de intereses: Ninguno

Artículo presentado en la sección Temas Libres del XX Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, 30 de setiembre al 3 de octubre de 2014.

Correspondencia:  
Dr. Santiago Cabrera

✉ [sagcabrera@gmail.com](mailto:sagcabrera@gmail.com)

### RESUMEN

El embarazo heterotópico, de presentación muy rara, generalmente es de localización tubárica, siendo los cervicales de presentación excepcional, todo un reto para el médico ginecoobstetra. Se describe el caso de una paciente nulípara de 45 años que presentó embarazo heterotópico cervical. Contaba con el antecedente de haber sido sometida a técnicas de reproducción asistida. Clínicamente solo había sangrado vaginal escaso. El diagnóstico ecográfico fue alrededor de las 9 semanas de gestación, que mostró doble saco gestacional, uno de ellos localizado en el endocérnix, y con ambos fetos vivos. Se planteó las alternativas terapéuticas curetaje y colocación de balón intracervical, embrio-reducción con cloruro de potasio e histerectomía; la gestante optó por histerectomía electiva. Anatomía Patológica confirmó el diagnóstico.

**Palabras clave:** Embarazo ectópico, embarazo heterotópico, embarazo cervical, ecografía, histerectomía.

### HETEROTOPIC CERVICAL PREGNANCY: CASE REPORT

#### ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is of very rare presentation, usually with tubal location and exceptionally cervical, constituting a challenge for the obstetrician and gynecologist. A nulliparous 45 year-old patient presented a heterotopic cervical pregnancy. She had been subjected to assisted reproductive techniques. Clinically, there was only scarce vaginal bleeding. Ultrasound at 9 weeks of gestation showed double gestational sac, one located in the endocervix, and both fetuses alive. Treatment options were curettage and placement of intra-cervical balloon, embryo-reduction with potassium chloride, and hysterectomy; the patient decided a single elective hysterectomy. Pathology confirmed the diagnosis.

**Keywords:** Ectopic pregnancy, heterotopic pregnancy, cervical pregnancy, ultrasound, hysterectomy.



## INTRODUCCIÓN

Denominamos embarazo heterotópico a la gestación múltiple en la cual de manera simultánea coexiste un embrión intrauterino y otro extrauterino. Las probables localizaciones de este último pueden ser: tubárico, ovárico, cervical o abdominal. Es una patología muy poco encontrada en la literatura médica, estando en su mayoría asociada a técnicas de reproducción asistida. El primer caso comunicado fue descrito por Duverney durante una autopsia en el año 1708 en Francia. La incidencia ha aumentado en los últimos años, convirtiéndose en patología emergente. En el año 1948, el riesgo de un embarazo heterotópico era 1:30 000 embarazos espontáneos a nivel mundial<sup>(1)</sup>; entre los años 1978 y 1994 se comunicaron 120 casos en la literatura inglesa, con una frecuencia de 1:1 800 a 1:2 600<sup>(2)</sup>; en América Latina, entre los años 1982 y 2000, se han publicado 21 casos<sup>(3)</sup>.

La mayor frecuencia se asocia con la reproducción asistida y aumento de la enfermedad pélvica inflamatoria. En reproducción asistida, la incidencia puede alcanzar hasta 1% y la presencia de embarazo heterotópico es 380 veces más alta con el empleo de estas técnicas que en gestaciones espontáneas<sup>(4)</sup>. En pacientes sin factores de riesgo, la presencia de un embarazo heterotópico es aproximadamente de uno de cada 4 000 embarazos espontáneos. Con la utilización de agentes inductores de la ovulación como el clomifeno la incidencia se eleva y existe un embarazo heterotópico por cada 100 pacientes estimuladas<sup>(4)</sup>.

Es importante destacar que esta patología, tal como ocurre en muchas otras situaciones de la medicina, no puede llegar a ser identificada si no hay una sospecha de la misma; la ecografía transvaginal es la herramienta más útil para el diagnóstico presuntivo y el tratamiento tradicional es la histerectomía<sup>(5)</sup>; el diagnóstico será confirmado por el estudio anatómico-patológico.

La mortalidad materna por embarazo ectópico cervical se ha reducido en los últimos años (0,6-1%) gracias al diagnóstico y tratamiento precoz<sup>(6)</sup>. La hemorragia masiva es la principal complicación, con una frecuencia cercana al 30%<sup>(7)</sup>, y requiere para su tratamiento de procedimientos quirúrgicos de emergencia como la histerectomía,

el legrado cervical con taponamiento, el legrado cervical más uso de prostaglandinas locales, la resección histeroscópica, ligaduras vasculares, embolización arterial y cerclaje cervical<sup>(8-10)</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente B.F.A. de 45 años, gesta 1 para 0000, fecha de última menstruación el 18/2/2014, que acudió al servicio de Emergencia del Hospital Nacional Docente Materno Infantil San Bartolomé, Lima, Perú, el 23/4/2014, con prueba de embarazo positiva en orina. Refirió sangrado vaginal escaso, intermitente y de color negruzco desde hacía 7 días, náuseas, vómitos matutinos y cefalea moderada desde 3 semanas antes. Negó dolor en hipogastrio. Como antecedentes tuvo polipectomía cervical en 2011 y, por infertilidad de más de 8 años, fue sometida a tratamiento con ovodonación y transferencia de dos embriones en clínica particular de Lima el 08/03/2014. Al examen físico, presión arterial fue 110/80 mmHg, pulso 80 x min., temperatura 37,1°C, abdomen blando, depresible, sin rebote, no masas palpables. A la especuloscopia el cérvix era violáceo, de 1 cm de longitud, cerrado, con huella de sangrado rojo oscuro. Al tacto vaginal, la vagina era tibia, elástica, cérvix de 1 cm, reblandecido y cerrado; útero anteverso de 12 cm., blando y ocupado. Anexos negativos. El hemograma mostró 10 400 leucocitos, hemoglobina 12,1 g/dL, grupo O Rh positivo. El primer control ecográfico del 29/3/2014 informó gestación única intrauterina de 4,5 semanas, ausencia de embrión. El 21/4/2014 se informó la presencia de dos sacos gestacionales de bordes regulares, cada uno conteniendo un embrión con actividad cardíaca (figura 1). Embrión A: LCN 21 mm

FIGURA 1. SE OBSERVA DOS SACOS GESTACIONALES CONTENIENDO CADA UNO UN EMBRIÓN, SIENDO UNO DE ELLOS DE LOCALIZACIÓN ENDOCERVICAL





(8 sem, 5 d), corion frondoso, implantado a nivel del tercio distal del canal endocervical. Embrión B: LCN 23,8 mm (9 sem, 1 d), corion frondoso, implantado en cara anterior del cuerpo uterino. Diagnóstico: Gestación de 9 semanas por FUR, D/C embarazo heterotópico cervical, primigesta añosa.

La gestante fue hospitalizada. La ecografía del 23/4/2014 informó saco gestacional 1 conteniendo embrión de 24,4 mm implantado a nivel cervical con frecuencia cardiaca 174 lat/min y vesícula vitelina 5,8 mm; saco gestacional 2 implantado en cara anterior de cavidad uterina que ocluye orificio cervical interno, conteniendo embrión de 28,1 mm con frecuencia cardiaca 178 lat/min, vesícula vitelina de 4,8 mm (figuras 2, 3 y 4) Se observó además que el orificio cervical interno estaba dilatado 14 mm y las membranas coriónicas se limitaban entre sí. La longitud del cérvix: era 46,5 mm. Se concluyó embarazo heterotópico, feto 1 embarazo cervical de 8,6 sem y feto 2 gestación intrauterina de 9,4 sem.

FIGURA 2. SE CONFIRMA EL DOBLE SACO GESTACIONAL, UNO DE ELLOS LOCALIZADO EN EL CÉRVIX UTERINO.



FIGURA 3. PRESENCIA DE SACO Y EMBRIÓN INTRAUTERINO CON LATIDOS FETALES



FIGURA 4. PRESENCIA DE SACO Y EMBRIÓN EN CANAL CERVICAL, CON LATIDOS FETALES



La junta médica concluyó en plantear a la paciente tres alternativas de manejo quirúrgico para que otorgara su consentimiento informado: dilatación más curetaje cervical con colocación de balón intracervical para intentar preservar gestación intrauterina; manejo conservador de la gestación más embrio-reducción con uso de cloruro de potasio del embrión implantado a nivel cervical (ambas alternativas con riesgo de hemorragia profusa e histerectomía de emergencia); e histerectomía electiva.

La paciente y su pareja decidieron la histerectomía, al no desear la paciente nuevos intentos de gestación por su edad avanzada. Se realizó histerectomía abdominal total el día 25/4/14, sin complicaciones. Anatomía Patológica informó: Cérvix con presencia de trofoblasto que infiltra la pared del cérvix uterino, adelgazándola hasta 5 mm de espesor, con áreas de hemorragia. Saco gestacional en canal endocervical contiene embrión de 2,8 cm. Endometrio contiene otro saco gestacional y embrión de 4,4 cm.

## DISCUSIÓN

La mayoría de los embarazos heterotópicos combinan un embarazo intrauterino con uno tubárico y en menor proporción uno ovárico, siendo extraordinaria su combinación con uno cervical<sup>(11)</sup>. Una revisión de Reece (1998) estimó que 94% de los embarazos extrauterinos relacionados a heterotópicos fue tubárico, y 6% ovárico<sup>(12)</sup>.

La implantación de un saco gestacional a nivel cervical es la complicación más grave del embarazo ectópico; 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<sup>(13,14)</sup>. Los criterios histológicos de Rubin<sup>(15)</sup> para el diagnóstico de embarazo cervical se muestran en la tabla 1.

La paciente de nuestro caso contaba con dos antecedentes importantes para recordar y explicar el desarrollo de un embarazo heterotópico cervical. La polipectomía realizada hace 3 años y haber sido sometida a técnicas de reproducción asistida. Este último factor se asocia con la mayoría de los pocos embarazos heterotópicos reportados en la literatura médica. Esto sumado a su avanzada edad, constituía una situación tan inusual como riesgosa.

Existen cinco condiciones para intentar manejo conservador en ectópicos cervicales según Ushakov y col.<sup>(7)</sup> (tabla 2). Varios tipos de tratamiento han sido usados en el manejo de los embarazos cervicales para evitar una histerectomía. Con el desarrollo de modernas técnicas el diagnóstico puede ser hecho en edades gestacionales más precoces, permitiendo un tratamiento conservador: quimioterapia, prostaglandinas, resección histeroscópica, ligadura de arterias hipogástricas, embolizaciones arteriales, inyecciones intra-amnióticas y cerclaje cervical<sup>(16)</sup>. Scott y col, en 1978, fueron los primeros en reportar la exitosa aplicación de un cerclaje cervical tipo Shirodkar para el tratamiento

del embarazo ectópico cervical<sup>(17)</sup>, el diagnóstico fue basado solo en el examen físico, sin el empleo de ecografía. El procedimiento fue hecho de emergencia después de un curetaje cervical fallido y fue concomitante con el uso de un obturador intracervical. Bernstein y col en 1981<sup>(18)</sup> también reportaron este procedimiento, el diagnóstico fue hecho sin el uso de ecografía y el cerclaje utilizado fue tipo McDonald que fue instalado de emergencia como alternativa previa a la histerectomía. Mashlach y col en 2002<sup>(19)</sup> reportaron cuatro casos de embarazo ectópico cervical tratados exitosamente con cerclaje de Shirodkar; destaca que en tres de los casos las gestaciones se obtuvieron por medio de técnicas de reproducción asistidas.

La primera alternativa de tratamiento planteaba realizar dilatación más curetaje cervical con colocación de balón intracervical para intentar preservar gestación intrauterina. Según la información de la última ecografía, el saco gestacional del embarazo intrauterino se encontraba adyacente al saco gestacional cervical, ya que el orificio cervical interno estaba abierto 14 mm y además la placenta del embarazo intrauterino ocluía parcialmente el OCI (figura 5). Por otro lado, era de esperarse que ocurriera invasión de trofoblasto hacia las paredes del cérvix por el adelgazamiento de sus paredes (figura 6), lo que fue posteriormente confirmado por el reporte de Anatomía Patológica. Esta complicada situación disminuía marcadamente las posibilidades de no dañar el saco intrauterino si se intentaba esta primera alternativa.

La segunda alternativa incluía el intento de reducción embrionaria, procedimiento utilizado en gestaciones múltiples intraútero, cuyo objetivo es disminuir el número de fetos e incrementar la probabilidad que el embarazo restante continúe; los riesgos para la madre y el feto remanentes disminuirían. Su éxito se relaciona a embarazos tempranos. Este procedimiento se hace en forma ambulatoria, mediante la introducción de una aguja por vía vaginal o abdominal guiada por ecografía, mediante la cual se inyecta cloruro de potasio directamente dentro de los fetos. La incidencia de abortos asociados a este procedimiento es 4 a 5%. Sin embargo, la literatura médica es escasa sobre su utilidad y/o seguridad en un caso de heterotópico cervical, como el nuestro.

TABLA 1. CRITERIOS HISTOLÓGICOS DE RUBIN PARA EMBARAZO CERVICAL.

Presencia de glándulas cervicales frente al sitio de inserción placentaria
La fijación placentaria al cuello debe ser íntima
La placenta entera o parte de ella debe estar situada por debajo de la entrada de los vasos uterinos o de la reflexión peritoneal en las superficies anterior y posterior del útero
No deben haber elementos embrionarios o fetales en el cuerpo uterino

TABLA 2. CONDICIONES DE USHAKOV PARA EL MANEJO CONSERVADOR EN EMBARAZO ECTÓPICO CERVICAL.

Diagnóstico confiable de embarazo cervical
Paciente hemodinámicamente estable
Edad gestacional menor de 10 semanas
Ausencia de enfermedad renal o hepática activa
Ausencia de trombocitopenia o leucopenia





FIGURA 5. SE OBSERVA LA DILATACIÓN DEL ORIFICIO CERVICAL INTERNO Y LAS MEMBRANAS ADYACENTES DE AMBOS SACOS GESTACIONALES.



FIGURA 6. EL SACO GESTACIONAL IMPLANTADO EN LA CARA POSTERIOR DEL CÉRVIX COMPROMETE CASI TODO SU GROSOR.



Gutiñas A. y col<sup>(11)</sup> reportan un caso similar al nuestro en el cual se realizó reducción del saco cervical mediante la instilación de glucosa hiperosmolar intrasacular, mediante punción transvaginal con control ecográfico bajo anestesia, para posteriormente a los pocos días observar ecográficamente tejido trofoblástico a nivel del canal cervical cuya inserción superior se extendía hasta istmo uterino. Bajo control ecográfico, se realizó legrado del saco endocervical que no cohibió la hemorragia, empeorando el estado hemodinámico de la paciente, siendo necesaria la transfusión de cuatro unidades de concentrado de hemáties y finalmente -tras consultar con la paciente- se decidió realizar histerectomía total simple, por la intensidad de la hemorragia. Carreno y cols.<sup>(20)</sup> trataron un embarazo heterotópico (intrauterino y cervical) de 6 semanas con inyección intraembriónica de cloruro potásico en el saco gestacional cervical, produciendo la muerte embrionaria. En este caso, de menor edad gestacional al nuestro, la evolución fue favorable, llegando la gestación intrauterina a término sin complicaciones.

El cérvix es un sitio raro y peligroso de implantación placentaria, porque el trofoblasto puede penetrar a través de la pared cervical o hacia la irrigación uterina. La gestación cervical con frecuencia se confunde con un proceso neoplásico, debido a la marcada vascularidad y el aspecto friable del cérvix. De allí que una de las medidas quirúrgicas más seguras es la histerectomía abdominal<sup>(19)</sup>.

La autonomía, principio básico de la bioética, determina que las personas tienen el derecho a decidir sobre las cuestiones relacionadas con su cuerpo y con su vida. Al médico le corresponde apoyar un proceso de toma de decisiones libre de prejuicios y coerción que permita a la mujer decidir sobre su salud. Se actuará solo después de obtener el consentimiento informado, basado en el adecuado suministro de información y educación del paciente sobre la naturaleza e implicaciones del tratamiento, opciones y resultados de las diferentes alternativas disponibles<sup>(21)</sup>.

Por decisión de la paciente ante las tres alternativas expuestas en compañía de su pareja, ella optó por la tercera alternativa, histerectomía abdominal simple y electiva, sustentando su decisión en evitar riesgos innecesarios de hemorragia masiva, la posibilidad de terminar igualmente en una histerectomía pero en peores condiciones y el deseo de no intentar nuevas gestaciones por su avanzada edad.

Se concluye que el embarazo heterotópico, de presentación muy rara, en su mayoría se acompaña del antecedente de técnicas de reproducción asistida. Los embarazos heterotópicos cervicales son de presentación excepcional. La ecografía es la herramienta más valiosa para detectar tempranamente los embarazos heterotópicos. El embarazo ectópico cervical continúa siendo un gran reto para el ginecoobstetra y para el personal médico. El empoderamiento del paciente de los últimos años obliga a su participación en la decisión terapéutica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Voe RW de, Pratt JH. Simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1948;56:1119-26.
2. Tummon IS, Withmore NA, Daniel SA. Transferring more embryos increases risk of heterotropic pregnancy. *Fertil Steril.* 1994;61:1065-7.



3. Yankowitz J, Leake J, Huggins G, Gazaway P, Gates E. Cervical ectopic pregnancy: review of the literature and report of a case treated by single-dose methotrexate therapy. *Obstet Gynecol Survey*. 1990 Jul; 45(7):405-14.
4. Ruiz GA, Tovar AJ. Embarazo heterotopico, revisión y presentación de un caso. *Clín Occidente*, Colombia, 2008. Disponible en: [http://www.clinicadeloccidente.com/admin/archivos/embarazo\\_heterotopico.pdf](http://www.clinicadeloccidente.com/admin/archivos/embarazo_heterotopico.pdf).
5. Shinagawa S, Nagayama N. Induced abortion as a risk factor for cervical pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1982;143:853-4.
6. Wolcott HD, Kaunitz AM, Nuss RC, Benrubi GE. Successful pregnancy after previous conservative treatment of an advanced cervical pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1988;71:1023-5.
7. Ushakov FB, Elchelal U, Aceman P, Schemker JG. Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv*. 1996;52:45-57.
8. Stovall TG, Ling FW, Smith WC, Felker R, Rasco BJ, Buster JE. Successful non surgical treatment of cervical pregnancy with methotrexate. *J Reprod Med*. 1989;34:496-8.
9. Ratten GJ. Cervical pregnancy treated by ligation of the descending branch of the uterine arteries: Case report. *Br J Obstet Gynaecol*. 1983;90:367-71.
10. Simon P, Donner C, Delcour C, Kirkpatrick C, Rodesch F. Selective uterine artery embolization in the treatment of cervical pregnancy: two case reports. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1991;40:159-61.
11. Guntiñas A, Charines E, de Andrés P, Herrero F, Rodríguez R, González A. Embarazo heterotópico cervical: descripción de un caso. *Progresos Obstet Ginecol*. 2001;44(8):346-9.
12. Tang I, Albinagorta R, Almandoz A, Ferrufino JC. Embarazo heterotópico, intrauterino no evolutivo y ovárico. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2007;53:210-2.
13. 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):553-5.
14. 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(7):529-32.
15. Nutan J. Atlas de Cirugía Endoscópica en Infertilidad y Ginecología Ed. Amolca. 2007.
16. Troncoso RF, Cardone PX, Rondini FC, Troncoso RC. Embarazo ectópico cervical. diagnóstico y tratamiento conservador con cerclaje cervical *Rev Chilena Obstet Ginecol*. 2005;70(4):257-60.
17. Scott J, Diggory P, Edelman P. Management of cervical pregnancy with circumsuture and intracervical obturator. *Br Med J*. 1978;1:825-6.
18. Berstein D, Holtzinger M, Ovadia J, Frishman B. Conservative treatment of cervical pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1981;58:741-2.
19. Mashiach S, Admon D, Oelsner G, Paz B, Achiron R, Zalel Y. Cervical Shirodkar cerclage may be treatment modality of choice for cervical pregnancy. *Hum Reprod*. 2002;17(2): 493-6.
20. 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.
21. López J. Dilemas bioéticos en obstetricia y ginecología. *Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela*. 2002.