

TRATAMIENTO EXITOSO DE UN EMBARAZO HETEROTÓPICO CERVICAL LUEGO DE UN PROCEDIMIENTO DE FECUNDACIÓN *IN VITRO*

HERNÁN E. ELENA^{1,2}, ALFREDO F. ELENA¹, ANSELMO MIOLA¹, DEMIAN GLUJOVSKY², CARLOS E. SUELDO^{2,3}

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia, Clínica 25 de Mayo, Mar del Plata, ²Centro de Medicina y Genética Reproductiva (CEGYR), Buenos Aires, Argentina, ³Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de California, San Francisco-Fresno, Fresno, California, EE. UU.

Resumen Mujer nulípara infértil de 37 años presentó un embarazo heterotópico cervical luego de tratamiento por fecundación *in vitro*. Una intervención temprana durante la 6ta semana de gestación logró remover el saco cervical mediante un aspirador manual. Para prevenir una posible hemorragia, se realizó la ligadura de las ramas cérvico-uterinas y se colocó un cerclaje cervical, antes de la aspiración. Se logró extraer el embarazo cervical con mínima hemorragia. El embarazo intrauterino progresó sin complicaciones, resultando en el parto de un varón de 2740 g, a las 35.4 semanas.

Palabras clave: embarazo cervical, embarazo heterotópico, cerclaje cervical

Abstract *Successful treatment of a cervical heterotopic pregnancy following an in vitro fertilization procedure.* A 37-year-old nulligravida infertile female had a cervical heterotopic pregnancy following an *in vitro* fertilization procedure. Early intervention on the 6th week of gestation with a manual vacuum aspirator reached to remove the cervical pregnancy. Ligation of the descending cervical branches of the uterine arteries and a cervical cerclage, were placed before the aspiration, for prevention of possible hemorrhage. Successful removal of the cervical pregnancy was achieved with only mild bleeding. An intrauterine pregnancy progressed to viability without complications, resulting in a vaginal delivery of a preterm live-birth at 35.4 weeks, of a male that weighted 2740 g.

Key words: cervical pregnancy, heterotopic pregnancy, cervical cerclage

El embarazo heterotópico es una rara gestación múltiple en donde un embarazo intrauterino coexiste con uno ectópico. La incidencia de embarazo heterotópico es de 1 cada 10 000 a 50 000 embarazos espontáneos. El aumento de los tratamientos por técnicas de reproducción asistida, incrementó la incidencia de embarazo heterotópico, llegando hasta el 1% de los embarazos logrados por estas técnicas^{1,2}.

El embarazo heterotópico cervical es un caso extremadamente raro, en donde un embarazo intrauterino coexiste con otro implantado en el cuello uterino (ectópico cervical). Es una afección que pone en riesgo, no solo la vida de la paciente, sino también su fertilidad futura. El diagnóstico se basa en el examen clínico y ecográfico. Por otro lado, no existe un protocolo de tratamiento establecido.

En este trabajo, presentamos un caso de embarazo heterotópico cervical luego de un tratamiento por fecun-

dación *in vitro*. Pudimos diagnosticar y tratar el embarazo cervical sin complicaciones, y consecuentemente lograr el nacimiento de un niño saludable.

Caso clínico

Mujer de 37 años de edad, con esterilidad primaria de 15 años de duración, por factor masculino grave (antecedente de criptorquidia). La pareja había realizado años atrás dos tratamientos de fecundación *in vitro* en otra institución, sin éxito, y posteriormente adoptaron dos niñas.

Ellos decidieron realizar un nuevo intento de fecundación *in vitro*, que se desarrolló satisfactoriamente, transfiriéndose dos embriones en estadio de ocho células. Once días después de la transferencia se confirmó el embarazo con una subunidad beta HCG de 300 mUI/l.

En las 5ta semana de embarazo se realizó la primera ecografía que puso de manifiesto la presencia de dos sacos gestacionales de 5 mm cada uno, el primero intrauterino y el segundo en el endo-cérvix, a 15 mm del orificio cervical externo. Dado que la paciente se encontraba asintomática, se decidió mantener una conducta expectante por una semana, para evaluar la viabilidad de los sacos. Se establecieron signos de alarma e instrucciones de autocontrol.

Seis días después la paciente consultó por dolor pelviano y muy escaso sangrado. Una nueva ecografía confirmó el diagnóstico de embarazo heterotópico cervical y la presencia

Recibido: 24-VIII-2015

Aceptado: 28-IX-2015

Dirección postal: Dr. Hernán E. Elena, Bernardo de Irigoyen 3077, 7600 Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina
e-mail: consultorio@medicina.reproductiva.com.ar

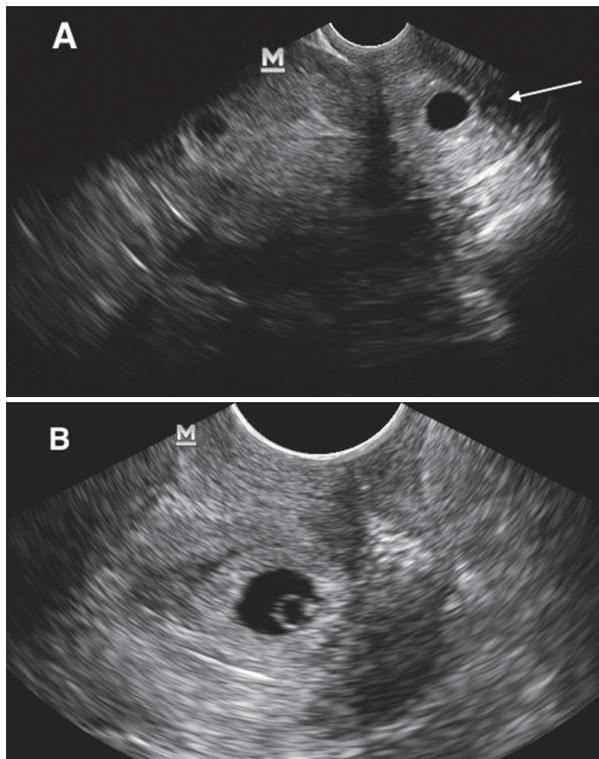


Fig. 1A-B: A. Imagen de ecografía transvaginal que muestra embarazo intrauterino y cervical (flecha). Edad gestacional 5.6 semanas. B: Embarazo ectópico cervical.

de embriones con actividad cardíaca positiva en ambos sacos gestacionales (Fig. 1).

La paciente fue informada de las posibilidades terapéuticas y los riesgos de cada una de ellas y, previo consentimiento informado, se decidió internarla para realizar la aspiración del saco gestacional cervical y conservar el embarazo intrauterino.

Bajo anestesia general, se realizó la ligadura de las arterias cervico-uterinas con puntos en "X" del cérvix en horas 3 y 9, con *catgut* crómico 0. Luego se colocó un cerclaje tipo Mc Donald, con Vicryl 1®, a 1 cm por encima del embarazo cervical, que se dejó reparado sin anudar. Mediante un aspirador manual (aspirador Ipas AMEU), se aspiró el saco cervical usando una cánula N° 8. El saco gestacional fue removido en forma completa con mínimo sangrado. Como el sitio de implantación se lograba ver a través del orificio cervical externo, se realizó un raspado con cureta fenestrada con suavidad, para asegurar de no dejar ningún resto trofoblástico. En ese momento, se confirmó por ecografía que el saco intrauterino estaba indemne, por lo que se anudó el cerclaje para asegurar la hemostasia en el postoperatorio inmediato, y se dio por finalizada la intervención.

No hubo inconvenientes en el postoperatorio. Fue dada de alta a la mañana siguiente. Cursó el resto del primer trimestre con escaso sangrado en forma esporádica. El embarazo evolucionó favorablemente, produciéndose un parto vaginal a las 35.4 semanas, naciendo un varón de 2740 g con Apgar 9/10.

Discusión

El embarazo heterotópico cervical es un evento extremadamente infrecuente en obstetricia y ginecología. De

acuerdo a una búsqueda en *Medline*, solo se publicaron 44 casos, y ninguno en América Latina. Solo cinco de ellos fueron espontáneos^{3,4}, siendo el resto asociado a tratamientos de fertilidad, la mayoría durante tratamientos de fecundación *in vitro*, pero también en casos de inducción de ovulación con o sin inseminación intrauterina.

Como es frecuente en esta presentación inusual, no existe una guía de tratamiento establecida, y el manejo depende de la experiencia y preferencias del médico tratante. Algunos de los factores a tener en cuenta para el plan terapéutico son la sintomatología al momento del diagnóstico, la edad gestacional, la edad de la paciente, su paridad, la viabilidad del embarazo intrauterino y deseo de conservarlo.

Si bien el embarazo heterotópico cervical es un evento excepcional, el aumento del uso de las técnicas de reproducción asistida, ha incrementado su frecuencia, como se observa en la aparición de nuevos casos publicados en los últimos diez años. De ahí la importancia de publicar la estrategia terapéutica utilizada en cada caso, así como sus resultados, para contribuir a establecer normas de tratamiento.

Cuando la terapéutica se realiza con intención de conservar el embarazo intrauterino, se logra el nacimiento en el 70% de los casos^{3,5}. Los mejores resultados se vieron asociados a la remoción completa del tejido trofoblástico cervical⁵.

Muchas de las técnicas utilizadas para el tratamiento del ectópico cervical, están desaconsejadas en caso de embarazo heterotópico cervical por su efecto nocivo sobre la gestación intrauterina, como por ejemplo la embolización de las arterias uterinas y la administración de metotrexato.

La principal complicación del embarazo heterotópico cervical es la hemorragia, que en ocasiones obliga a medidas extremas como la histerectomía de urgencia. El uso del cerclaje cervical solo^{6,7} o asociado a la fijación de una sonda Foley inflada^{3,8}, se comunica con mayor frecuencia como una técnica muy útil para controlar la hemostasia en estos casos.

En nuestro caso, el diagnóstico se realizó precozmente en una paciente asintomática. Decidimos esperar una semana para confirmar la viabilidad del embarazo intrauterino. Una vez confirmada, y con la decisión de intentar conservar la gestación intrauterina, se realizó el procedimiento descrito.

El aspirador manual que se utilizó, está concebido para realizar una aspiración de la cavidad uterina. Es importante tener en cuenta que las cánulas del mismo tienen fenestraciones laterales, por lo que debe evaluarse su extensión, para que queden localizadas dentro del canal cervical, sin que el extremo de la cánula ingrese a la cavidad endometrial. Se aconseja acompañar a la aspiración solo con movimientos de rotación, y no ascendentes y descendentes.

Para prevenir la posibilidad de hemorragia, nos inclinamos por la ligadura de las arterias cervico-uterinas, que es una maniobra habitual en los casos de cirugía

cervical como la amputación o la conización con bisturí frío. Decidimos igualmente colocar un cerclaje por encima del saco cervical, que lo reservamos sin anudar, por si se producía un sangrado profuso durante la cirugía. Luego lo dejamos anudado para asegurarnos la hemostasia en el postoperatorio inmediato.

A medida que el embarazo cervical evoluciona, el volumen de tejido trofoblástico, el grado de invasión y la vascularización del cérvix aumentan, así como la posibilidad de hemorragia grave.

Creemos que el diagnóstico precoz, el uso de las ligaduras paracervicales y el cerclaje, fueron importantes en el tratamiento exitoso de nuestra paciente, en una situación riesgosa e inusual como el embarazo heterotópico cervical.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Molloy D, Deambrosis W, Keeping D, Hynes J, Harrison K, Hennessey J. Multiple-sited (heterotopic) pregnancy after *in vitro* fertilization and gamete intrafallopian transfer. *Fertil Steril* 1990; 53: 1068-71.
2. Lemus JF. Ectopic pregnancy: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000; 12: 369-75.
3. Moragianni VA, Hamar BD, McArdle C, Ryley DA. Management of a cervical heterotopic pregnancy presenting with first-trimester bleeding: case report and review of the literature. *Fertil Steril* 2012; 98: 89-94.
4. Uysal F, Uysal A. Spontaneous heterotopic cervical pregnancy and successful pregnancy outcome. *J Ultrasound Med* 2013; 32: 375-6.
5. Kim JW, Park HM, Lee WS, Yoon TK. What is the best treatment of heterotopic cervical pregnancies for a successful pregnancy outcome? *Clin Exp Reprod Med* 2012; 39: 187-92.
6. Faschingbauer F, Mueller A, Voigt F, Beckmann MW, Goecke TW. Treatment of heterotopic cervical pregnancies. *Fertil Steril* 2011; 95: 1787: e9-e13.
7. Troncoso F, Cardone X, Rondini C, Troncoso C. Embarazo Ectópico cervical: diagnóstico y tratamiento conservador con cerclaje cervical. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70: 257-60.
8. Hafner T, Ivkovic I, Serman A, et al. Modification of conservative treatment of heterotopic cervical pregnancy by Foley catheter balloon fixation with cerclage sutures at the level of the external cervical os: a case report. *J Med Case Rep* 2010; 4: 212.

The scientist who achieves intellectual and emotional maturity without losing his investigative vitality and courage - that is, without metaphysical surrender- can come to rest in philosophical tranquility with the recognition that science, however highly developed, may never answer the ultimate questions; but that there may be happiness in contemplating nature's orderly coordination, and peace in modest fellowship with the rational and human spirits who, throughout the brutalities of history, have held to the purpose of reason. Complete comprehension could add very little.

El científico que adquiere madurez intelectual y emocional sin perder su vitalidad de investigador ni el coraje - esto es, sin metafísica rendición- puede llegar a descansar con filosófica tranquilidad si reconoce que la ciencia, aun cuando altamente desarrollada, nunca podrá contestar las últimas preguntas; pero que puede encontrar felicidad contemplando las ordenadas coordinaciones de la naturaleza y en modesta compañía con los espíritus racionales y humanos que, a través de las brutalidades de la historia, han sostenido el propósito de la razón. La completa comprensión poco podría agregar.

Hans Zinsser (1878-1940)

Rats, Lice and History (1935): *Being a Study in Biography, which, after Twelve Preliminary Chapters Indispensable for the Preparation of the Lay Reader, Deals With the Life History of TYPHUS FEVER.* New York: Black Dock & Leventhal, 1996; p 37