



CASO CLÍNICO

Gestación heterotópica espontánea

R. Albalat-Fernández*, J. Cea-García, A. Carrasco-Gallego y A. Jiménez-Caraballo

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 31 de mayo de 2011; aceptado el 16 de septiembre de 2011
Disponible en Internet el 17 de enero de 2012

PALABRAS CLAVE

Embarazo heterotópico;
Masa anexial;
Gestación espontánea

KEYWORDS

Heterotopic pregnancy;
Adnexal mass;
Spontaneous pregnancy

Resumen El embarazo heterotópico es una condición clínica poco frecuente en la que se pueden presentar varias gestaciones que coexisten dentro y fuera del útero. Su incidencia se ha incrementado en los últimos años debido a las técnicas de reproducción asistida. Tener un alto grado de sospecha puede ayudar en su diagnóstico precoz y tratamiento adecuado. Presentamos un caso de embarazo heterotópico en una mujer de 35 años que desarrolló a la vez un embarazo extra e intrauterino. Fue diagnosticado por ecografía a las 10 semanas de amenorrea.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Spontaneous heterotopic pregnancy

Abstract Heterotopic pregnancy is a rare clinical condition in which several pregnancies can coexist inside and outside the uterus. In recent years, the incidence of heterotopic pregnancy has increased due to assisted reproductive techniques. A high index of suspicion may help in the early diagnosis and appropriate treatment of this entity. We report a case of spontaneous heterotopic gestation in a 35-year-old woman who developed both an extra- and an intrauterine pregnancy diagnosed by ultrasound 10 weeks after the onset of amenorrhoea.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La incidencia del embarazo heterotópico en la década de los 50 del pasado siglo era aproximadamente de 1/30.000-1/50.000 embarazos espontáneos^{1,2}, pero en los últimos años debido al aumento de la enfermedad pélvica y las técnicas de reproducción asistida (inseminación artificial y fecundación in vitro) se ha incrementado el número de

casos^{2,3}. El 95-97% de las gestaciones ectópicas de los embarazos heterotópicos se ubican en la trompa de Falopio, aunque también puede localizarse en el cérvix, abdomen, región cornual, intersticio o en el ovario^{1,2}. Debido a su escasa incidencia puede ser fácilmente infradiagnosticado por lo que debe sospecharse por la clínica asociada a presencia de factores de riesgo.

Caso clínico

Mujer de 35 años gestante de 10 semanas que acudió al Servicio de Urgencias por presentar dolor intenso en hipogastrio y

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosa.albalat@hotmail.com
(R. Albalat-Fernández).



Figura 1 Embarazo heterotópico.

sangrado vaginal escaso. La paciente no tenía antecedentes de interés salvo dos gestaciones anteriores, de las cuales una fue un parto a término y la otra un aborto tardío. A la exploración general se encontró un abdomen blando y depresible, sin dolor a la palpación. Los genitales externos y la vagina eran de aspecto normal, con escasos restos hemáticos en vagina sin sangrado activo procedente de la cavidad uterina en ese momento. Se realizó una ecografía observándose una gestación intrauterina única, evolutiva, con latido fetal positivo acorde con su amenorrea y longitud cráneo-caudal (CRL) de 33 mm. En la zona anexial izquierda se visualizó una formación quística tubular hemorrágica compatible con gestación ectópica y en el ovario derecho una imagen homogénea de 39 × 35 mm compatible con endometrioma. Escasa cantidad de líquido libre en fondo de saco de Douglas. La hemoglobina al ingreso era de 12,3 g/dL y el hematocrito del 35%. El valor de la B-hCG fue de 70.752 mU/mL.

Ante la sospecha de una gestación heterotópica se indicó una laparoscopia exploradora en la que se encontró un útero grávido correspondiente a 10-12 semanas y adherencias del epiplón al anejo izquierdo. La trompa izquierda de 5 × 7 cm estaba distendida, con una masa de coágulos del mismo tamaño a su alrededor (fig. 1). Se diagnosticó de embarazo ectópico izquierdo sin rotura tubárica pero con pequeña cantidad de coágulos en Douglas. La trompa derecha era normal y en el ovario derecho se encontró un endometrioma de 3 cm de diámetro. Se realizó salpingectomía izquierda (fig. 2).

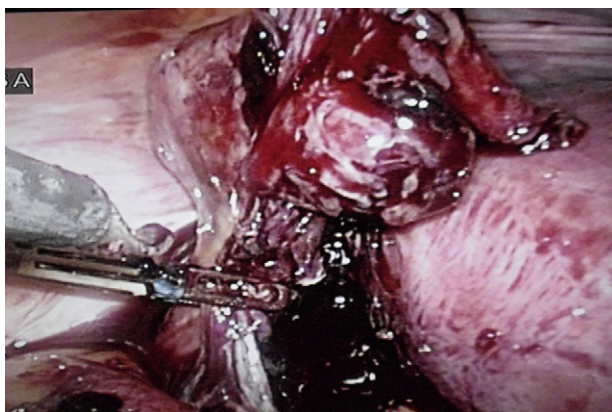


Figura 2 Salpingectomía izquierda per laparoscopia.

El postoperatorio cursó sin complicaciones, fue dada de alta hospitalaria en 2 días, continuando con el seguimiento del embarazo. El estudio anatomopatológico confirmó la existencia de un embarazo ectópico.

Discusión

El embarazo heterotópico es difícil de diagnosticar clínicamente, debido a que su presentación es muy variable. El lugar donde se aloja con más frecuencia el embarazo ectópico de una gestación heterotópica es en la trompa de Falopio, aunque también se puede encontrar en el ovario, abdomen o cérvix^{1,2}. Existen factores de riesgo que favorecen el embarazo heterotópico como una gestación ectópica previa, tabaquismo, fecundación in vitro, inducción ovulatoria, enfermedad pélvica inflamatoria, cirugías anteriores sobre las trompas de Falopio, antecedentes de endometriosis y portadoras de DIU³. Aunque el embarazo heterotópico también puede aparecer en una gestación espontánea, la fecundación in vitro es el factor de riesgo más importante^{4,5}.

Suele presentarse como dolor abdominal y en raras ocasiones un escaso sangrado vaginal en una gestación del primer trimestre¹. Es importante sospechar este cuadro ante mujeres con factores de riesgo y llegar al diagnóstico antes de que se produzca la rotura del embarazo ectópico y el sangrado intraabdominal siendo el diagnóstico precoz el único factor que puede disminuir la mortalidad materna². Después del diagnóstico de embarazo intrauterino en estas mujeres se debe explorar cuidadosamente y evaluar con ecografía transvaginal las áreas anexiales^{1,6}. La sensibilidad de la ecografía transvaginal en el diagnóstico de heterotópico es tan solo del 56% a las 5-6 semanas. Puede ser confundido con un cuerpo lúteo hemorrágico o con un quiste anexial que además es frecuente en ovarios hiperestimulados⁷. Se diagnostican más casos por laparoscopia o laparotomía que por ecografía transvaginal debido a que la mayoría de los casos se presentan con síntomas de rotura tubárica. Los niveles de b-HCG son innecesarios para el diagnóstico de gestación heterotópica aunque se ha observado que los valores son más altos que los correspondientes a las semanas de amenorrea⁶.

Existen tres opciones para el tratamiento del embarazo heterotópico. El más utilizado es el tratamiento quirúrgico (83%), con salpingectomía o salpingostomía en caso de embarazo ectópico tubárico es de elección la laparoscopia⁷, ya que se obtienen buenos resultados quirúrgicos con una menor morbilidad y mayor protección para la gestación intrauterina excepto en los casos en los que existe inestabilidad hemodinámica con hemoperitoneo masivo en los que se debe realizar una salpingectomía por minilaparotomía. Se debe evitar en lo posible la manipulación del útero con la finalidad de preservar la gestación intrauterina⁶. En el caso expuesto se prefirió la vía laparoscópica. La evolución de la gestación intrauterina será la misma tanto por vía laparoscópica como por laparotomía y su pronóstico será favorable en el 70% de los casos. Otra opción en caso de que la trompa de Falopio esté intacta es el tratamiento médico del embarazo ectópico inyectando metotrexate, cloruro potásico o glucosa hiperosmolar intrasaculá vía laparoscópica o transvaginal con control ecográfico^{8,9}, aunque los resultados no están claros. Por último se puede seguir una actitud expectante, ya que algunos casos de embarazo heterotópico se resuelven espontáneamente, pero esta opción es

controvertida ya que es difícil elegir a qué pacientes se les puede observar sin realizar ninguna actuación^{2,6}.

El embarazo heterotópico aunque es muy raro es posible en una gestación espontánea y puede ocurrir en ausencia de factores de riesgo. La detección de una gestación intrauterina no excluye la posibilidad de un embarazo ectópico coexistente por lo que siempre es necesario evaluar la pelvis ecográficamente incluyendo anejos para poder realizar un diagnóstico precoz y poder disminuir la morbimortalidad materna y aumentar la supervivencia de la gestación intrauterina^{2,9}.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Govindarajan MJ. Heterotopic pregnancy in natural conception. *J Hum Reprod Sci.* 2008;1:37–8.
2. Simsek T, Dogan A, Simsek M, Pestereli E. Heterotopic triplet pregnancy (twin tubal) in a natural cycle with tubal rupture: case report and review of the literature. *J Obstet Gynecol.* 2008;34:759–62.
3. Honarbakhsh A, Khoori E, Mousavi S. Heterotopic pregnancy following ovulation induction by Clomiphene and healthy live birth: a case report. *J Med Case Reports.* 2008;2:390.
4. Hill J. Assisted reproduction and the multiple pregnancy: increasing the risks for heterotopic pregnancy. *J Diagn Med Sonogr.* 2003;19:258–60.
5. Campelo Martínez T, Pérez Verdugo C, San Román Sigler V, Aritzeta Iraola JM. Gestación heterotópica en inseminación artificial. *Prog Obstet Ginecol.* 2009;52:194–7.
6. Umranikar S, Umranikar A, Rafi J, Bawden P, Umranikar S, O'Sullivan B, et al. Acute presentation of a heterotopic pregnancy following spontaneous conception: a case report. *Cases J.* 2009;2:9369.
7. Tandon R, Goel P, Kumar Saha P, Devi L. Spontaneous heterotopic pregnancy with tubal rupture: a case report and review of the literature. *J Med Case Reports.* 2009;3:8153.
8. Lavanya R, Deepika K, Patil M. Successful pregnancy following medical management of heterotopic pregnancy. *J Hum Reprod Sci.* 2009;2:35–40.
9. Scheiber MD, Cedars MI. Successful non-surgical management of a heterotopic an abdominal pregnancy following embryo transfer with cryopreserved-thawed embryos. *Hum Reprod.* 1999;14:1375–7.