



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Gestación heterotópica triple: gestación gemelar intrauterina

Aida Encinas Romero^{a,*}, Leire Martincorena Satrustegi^a, Pedro Morales Utrilla^a,
Ane Arruti Muñoa^a, Flor Sánchez Refoyo^a y Amanda López-Picado^b

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Jefe de Servicio: José Luis de Pablo, Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava, España

^b Unidad de Investigación de Álava, Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz, Álava, España

Recibido el 21 de junio de 2010; aceptado el 16 de febrero de 2011

Accesible en línea el 15 de junio de 2011

PALABRAS CLAVE

Embarazo heterotópico;
Gestación gemelar;
Laparoscopia

KEYWORDS

Heterotopic pregnancy;
Twin pregnancy;
Laparoscopy

Resumen El embarazo heterotópico es cada vez más común en nuestro entorno, sobre todo debido al aumento de las técnicas de fecundación *in vitro*. Presentamos el caso de una gestación heterotópica tras inseminación artificial que consulta por metrorragia escasa. La ecografía mostró una gestación gemelar bicorial biamniótica intrauterina y otra gestación única en trompa derecha. Se resolvió mediante salpingectomía unilateral por vía laparoscópica. Esta patología poco frecuente y de sintomatología inespecífica es habitualmente subdiagnosticada, ya que ante la visión de un saco gestacional intrauterino se obvia la exploración de los anejos. Debido a la gravedad de las consecuencias materno fetales, el diagnóstico precoz cobra una vital importancia.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Triple heterotopic pregnancy: intrauterine twin pregnancy

Abstract Heterotopic pregnancy is increasingly common in Spain mainly due to the greater use of *in vitro* fertilization techniques. We report a case of heterotopic pregnancy after artificial insemination in a patient who consulted for mild metrorrhagia. Ultrasound examination showed a diamniotic dichorionic twin pregnancy and a singleton intrauterine gestation in the right tube. The case was resolved by laparoscopic unilateral salpingectomy. The symptoms of these rare pregnancies are nonspecific. Moreover, they are usually underdiagnosed, because the adnexa are not usually examined when an intrauterine gestational sac is found. Due to the severity of maternal and fetal complications, early diagnosis is essential.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El embarazo heterotópico es la coincidencia simultánea de un embarazo extra y otro intrauterino. Es inusual, se estima que ocurre en 1 de cada 30.000 gestaciones¹, aunque con el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aencinas83@hotmail.com
(A. Encinas Romero).

desarrollo de las técnicas de reproducción asistida la incidencia alcanza el 1 de cada 3.600, aunque hay estudios que han registrado una incidencia de 1 caso cada 100 en estas pacientes¹.

Las manifestaciones clínicas pueden ser variadas: dolor abdominal, sangrado vaginal, masa anexial, irritación peritoneal, aumento del tamaño uterino e incluso asintomáticas¹.

La salpinguectomía constituye el principal procedimiento y es la primera línea de tratamiento en pacientes hemodinámicamente inestables o con sospecha de rotura tubárica². En caso de integridad de la trompa se podría intentar la inyección local, bajo control ecográfico, de sustancias, tales como cloruro potásico o glucosa hiperosmolar^{3,4}, que han demostrado una utilidad limitada. Se contraindica el uso de metotrexato por los efectos sistémicos sobre la gestación intrauterina. Una revisión de la literatura de 11 casos de gestación heterotópica tratados con inyección local de CLK recogió que en 6 de ellos se precisó intervención quirúrgica⁵.

Una de cada tres gestaciones intrauterinas coincidentes se pierden espontáneamente, este porcentaje es mayor que en las gestaciones únicas intrauterinas⁶.

Caso clínico

Paciente de 35 años de edad, que como antecedentes médicos de interés presentaba una intolerancia a la lactosa, con historia obstétrica de gestación conseguida mediante IAC-IU y edad gestacional de 8 + 6 semanas que acudió por metrorragia escasa. No presentaba dolor ni otra clínica de interés.

A la exploración presentaba buen estado general, constantes normales y abdomen blando y depresible. El estudio ecográfico mostró una gestación gemelar bicorial biamniótica intrauterina y otra gestación única en trompa derecha (figs. 1 y 2).

Ante el diagnóstico de gestación heterotópica se decidió ingreso y cirugía laparoscópica. En la intervención se observó un útero gestante como de 11 semanas, con un pequeño mioma subseroso en cara anterior, una gestación ectópica tubaria derecha de unos 4-5 cm en la porción ampular que no sangraba, pero al mínimo contacto con el instrumental comenzó a sangrar de manera moderada. El ovario derecho



Figura 1 Embarazo tubárico derecho.



Figura 2 Gestación gemelar intrauterina.

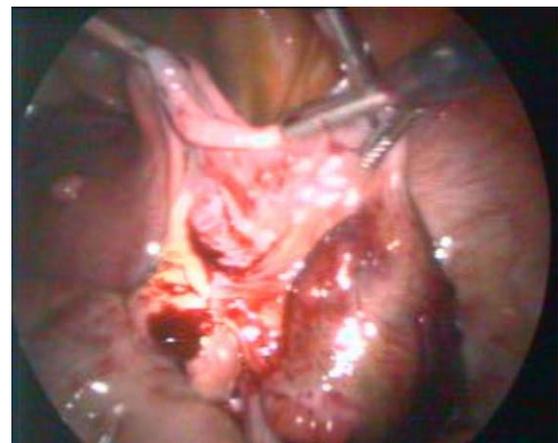


Figura 3 Imagen laparoscópica del embarazo ectópico.



Figura 4 Imagen laparoscópica del embarazo ectópico.

era normal, el izquierdo con un cuerpo lúteo y la trompa izquierda con una hidátide de Morgagni. Presentaba leve hemoperitoneo. Resto de pelvis y abdomen era normal.

Se realizó salpinguectomía derecha por laparoscopia con extracción de trompa en bolsa (figs. 3 y 4). Posteriormente se

comprobó la viabilidad de la gestación gemelar intrauterina. Fue dada de alta con estado satisfactorio al tercer día.

La paciente presentó un nuevo episodio de sangrado a los 4 días de la intervención, siendo valorada en el servicio de urgencias donde se comprobó la buena evolución de la gestación intrauterina.

En la semana 16 se realizó amniocentesis con resultado de 46 XX en ambos fetos. Continuó con los controles prenatales normales hasta la semana 38, momento en el que se indujo el parto que se resolvió finalmente mediante cesárea por fracaso de inducción. Los recién nacidos pesaron 2.590 y 2.180 gr con test de Apgar de 9/10 en ambos fetos.

Durante el puerperio la madre presentó varios episodios de sangrado con febrícula que se solucionaron mediante tratamiento antibiótico y una histeroscopia por sospecha ecográfica de retención de restos ovulares. Durante la realización de la misma la cavidad se distendió con dificultad y parecía ocupada por restos que se biopsiaron, resultando una endometritis crónica inespecífica probablemente postaborto. Los controles ecográficos posteriores fueron normales.

Discusión

En los últimos años, el aumento de las mujeres que se someten a técnicas de reproducción asistida ha producido un incremento significativo en el número de embarazos heterotópicos pasando de ser casos excepcionales a una realidad de práctica clínica diaria.

Se han descrito una serie de factores que parecen asociados al aumento de estos casos como son los efectos de superovulación⁷, embarazo ectópico previo⁸, el uso de DIU, antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, alteraciones anatómicas en las trompas, endometriosis, anticonceptivos y cirugía sobre las trompas⁹. Pese a esto, se han descrito casos en los cuales no existía ninguno de estos factores de riesgo⁹, por lo que el diagnóstico exige un importante componente de sospecha clínica.

Aunque el diagnóstico mayoritariamente se realiza mediante ecografía¹⁰, la determinación de β -HCG puede ser de utilidad sobre todo en caso de gestación intrauterina no evolutiva^{11,12}.

El tratamiento principalmente es mediante laparoscopia para resolver el embarazo ectópico^{13,14}. La realización de salpinguectomía o salpingostomía depende del riesgo de ruptura tubárica, aunque en la literatura no existe una recomendación explícita al respecto. Pese a esto, a la hora de decidir el tratamiento, se deben de valorar también las expectativas reproductivas de la paciente, por lo que en ocasiones puede ser recomendable la realización de un abordaje menos invasivo.

Este tipo de tratamiento se basa en la inyección local controlada de una sustancia (glucosa hiperosmolar, metotrexato o cloruro potásico). Hasta el momento este procedimiento ha logrado resultados dispares^{4,15} por lo que se recomienda reservar este abordaje para aquellos casos en los que exista un bajo riesgo de ruptura de la trompa.

En definitiva, el embarazo heterotópico es una entidad cada vez más común en nuestro entorno que es difícil de diagnosticar debido a la sintomatología inespecífica¹⁶ e incluso inexistente en algunos casos. Por ello, es importante

ante una gestación intrauterina descartar la existencia de un embarazo ectópico coexistente ya que un diagnóstico temprano es fundamental para lograr no sólo salvaguardar el embarazo intrauterino, sino para el bienestar propio de la madre.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Pouhade O, Ducarme G, Luton D. Cornual heterotopic pregnancy: a case report. *J Med Case Reports*. 2009;3:7233.
- Barrenetxea G, Barianaga-Errementeria L, Lopez de Larruzea A, Aguirregoikoa JA, Mandiola M, Carbonero K. Heterotopic pregnancy: two cases and a comparative review. *Fertil Steril*. 2007;87:417.
- Goldberg JM, Bedaiwy MA. Transvaginal local injection of hyperosmolar glucose for treatment of heterotopic pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2006;107:509–10.
- Salomon LJ, Fernandez H, Chauveaud A, Doumerc S, Frydman R. Successful management of a heterotopic Caesarean scar pregnancy: potassium chloride injection with preservation of the intrauterine gestation: case report. *Hum Reprod*. 2003;18:189–91.
- Goldstein JS, Ratts VS, Philpott T, Dahan MH. Risk of surgery after use of potassium chloride for treatment of tubal heterotopic pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2006;107:506–8.
- Lois-Sylvestre C, Morice P, Chapron C, Dubuisson JB. The role of laparoscopic in the diagnosis and management of heterotopic pregnancies. *Hum Reprod*. 1997;12:1100–2.
- Gutiérrez García S, Posadilla González P. Embarazo heterotópico tras superovulación e inseminación intrauterina. *Prog Obstet Ginecol*. 2002;45:208–11.
- Crespo Ferrer C, Jaca Navarro A, Juárez Sabater N, Aliaga Parreño R, Mahmoud Jaddou Y, Sanz Martínez M. Embarazo ectópico cervical: diagnóstico y tratamiento. *Prog Obstet Ginecol*. 2009;52:303–6.
- Urdampilleta AE, Oyarzabal Urkiola A, Larraza Zanduetta MJ, Lizartza O, Rivero Torrejon B, Landa Aranzabal JM, et al. Embarazo ectópico bilateral con embrión vivo en la trompa izquierda. *Prog Obstet Ginecol*. 2009;52:585–7.
- Gun M, Mavrogiorgis M. Cervical ectopic pregnancy: a case report and literature review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002;19:297–301.
- Leeman LM, Wendland CL. Cervical ectopic pregnancy. Diagnosis with endovaginal ultrasound examination and successful treatment with metotrexate. *Arch Fam Med*. 2000;9:72–7.
- Dialani V, Levine D. Ectopic pregnancy: a review. *Ultrasound Q*. 2004;20:105–17.
- Soriano D, Vicus D, Mashiach R, Schiff E, Seidman D, Goldenberg M. Laparoscopic treatment of cornual pregnancy: a series of 20 consecutive cases. *Fertil Steril*. 2008;90:839–43.
- Ross R, Lindheim SR, Olive DL, Pritts EA. Cornual gestation: a systematic literature review and two case reports of a novel treatment regimen. *J Minim Invasive Gynecol*. 2006;13:74–8.
- Ghazeei GS, Phillips OP, Emerson DS, Kutteh WH, Ke RW. Live birth after treatment of a heterotopic corneal pregnancy with fetal intrathoracic KCl. A case report. *J Reprod Med*. 2002;47:1038–40.
- Padilla Castillo M, Machado Ryder Y, Cazorla Betacor M, Acebes Tosti R, Medina Castellano M, Rodríguez-Mano R. Gestación heterotópica espontánea. *Prog Obstet Ginecol*. 2006;49:722–4.