

EMBARAZO HETEROTÓPICO, INTRAUTERINO NO EVOLUTIVO Y OVÁRICO

RESUMEN

Se presenta un caso de embarazo heterotópico espontáneo, intrauterino y ovárico, atendido en la Clínica Santa Isabel de Lima. Paciente de 35 años de edad que acudió por retraso menstrual, sangrado vaginal escaso y prueba de embarazo positiva. La ecografía endovaginal mostró pequeño saco gestacional, con ausencia de ecos embrionarios. Se realizó legrado uterino el 01/11/2006, obteniéndose vellosidades con degeneración hidrópica no molar, en el examen histológico. Diez días después se realizó control ecográfico, por sangrado vaginal persistente y dolor abdominal, encontrándose una tumoración mixta en el ovario izquierdo, con una pequeña imagen ecolúcida en su interior. Se realizó laparotomía exploratoria, siendo el hallazgo hemoperitoneo de 200 mL y tumoración retrouterina alargada de color violáceo, friable, dependiente de ovario izquierdo, compatible con embarazo ectópico ovárico.

PALABRAS CLAVE. Embarazo ectópico, embarazo heterotópico, embarazo ovárico, ecografía, laparotomía.

ABSTRACT

A rare case of a spontaneous heterotopic pregnancy, intrauterine and ovarian, seen at Clínica Santa Isabel in Lima is presented. A 35-year-old patient was seen for menstrual delay, scanty vaginal bleeding and positive pregnancy test. Transvaginal ultrasound showed small gestational sac with absence of embryonic echoes. Uterine curettage was performed on 01/11/2006 obtaining chorial villi with non-molar hydropic degeneration at histologic examination. Ten days later, transvaginal ultrasound control was done because of persistent vaginal bleeding and abdominal pain, showing a left ovary mixed tumor with small inner echolucid image. An emergency laparotomy was performed; findings were 200 mL hemoperitoneum and an elongated, retrouterine, soft, purple mass dependent of left ovary, in relation to ectopic ovarian pregnancy.

KEY WORDS. Ectopic pregnancy, heterotopic pregnancy, ovarian pregnancy, ultrasound, laparotomy.

INTRODUCCIÓN

El aumento de casos de enfermedad inflamatoria pélvica y el empleo de técnicas de reproducción asistida han aumentado el número de pa-

cientes con embarazo ectópico, a tasas entre 0,3 y 3% de las gestaciones, según diversos autores. Entre estos embarazos extrauterinos, el embarazo ectópico ovárico primario corresponde a menos del 1%¹, con incidencia global de 1 cada 7 mil a 40 mil gestaciones. Una variante aún más infrecuente es la coexistencia de embarazo intra y extrauterino, conocido como embarazo heterotópico. Suele manifestarse en alrededor de 1 cada 30 mil embarazos espontáneos. Sin embargo, el uso de inductores de la ovulación y asistencia reproductiva ha aumentado su presentación, reportándose una frecuencia de 1:119 cuando se transfiere cuatro o más embriones en la fertilización *in vitro*². Siendo estos casos inusuales, se convierte en extraordinario el que presentamos, un embarazo heterotópico intrauterino no evolutivo y ovárico primario.

Luis Tang¹, Roberto Albinagorta¹,
A Almandoz², JC Ferrufino³

1. Médico Ginecoobstetra, Clínica Santa Isabel
2. Médico Ecografista, Clínica Santa Isabel
3. Médico Patólogo, Clínica Santa Isabel

Recibido para publicación: 6 de setiembre de 2007.
Aceptado para publicación: 10 de setiembre de 2007.

Rev Per Ginecol Obstet. 2007;53:210-212

CASO CLINICO

Paciente I.M.V.A. de 35 años, acudió a Clínica Santa Isabel el 25/10/2006 con retraso menstrual de 5 semanas, pequeño manchado vaginal oscuro y prueba de embarazo positiva en orina. Era usuaria de DIU (*Nova T*, Schering AG), desde el año 2002. Antecedente de cesárea en el año 2001, por insuficiencia placentaria, y vacuna contra rubéola la primera semana de octubre. La β -hCG sérica fue 190 mUI/mL. Se procedió a retiro del DIU y manejo expectante, ante posible gestación inicial no evolutiva.

Persistió el sangrado vaginal oscuro muy escaso y un nuevo control de beta-hCG, del 31/10/2006, fue de 3 200 mUI/mL. Se realizó ecografía endovaginal (Figura 1a), encontrándose presencia de pequeño saco intrauterino y formación

quistica de 10 mm en ovario izquierdo (cuerpo lúteo). Se realizó legrado uterino el 01/11/2006, siendo el resultado de anatomía patológica "Vellosidades coriales con degeneración hidrópica no molar, mantos de decidua con trombosis, necrosis y hemorragia" (Figura 2).

Luego del legrado persistió escaso sangrado vaginal por 10 días, por lo que se solicitó nueva beta-hCG, el 11/11/2006, que resultó 2 193 mUI/mL. Ante la posibilidad de un legrado insuficiente, se realizó nueva ecografía, que mostró "Endometrio lineal, tumoración anexial mixta de ovario izquierdo de 63 x 29 mm, con imagen interna quística de 17 x 8 mm y estructura interna de 5 mm (¿embrión inactivo?)", concluyendo en probable embarazo ectópico no complicado (Figura 1b).

Se decidió preparar para cirugía y a las dos horas de realizada la ecografía la paciente presentó dolor abdominal agudo, por lo que se efectuó laparotomía de emergencia, encontrándose hemoperitoneo 200 mL y tumoración retrouterina alargada, de color violáceo, friable, dependiente del ovario izquierdo (Figura 3). El diagnóstico anatomopatológico fue embarazo ectópico ovárico (Figura 4).

DISCUSIÓN

La coexistencia de un embarazo intrauterino y extrauterino es conocida como embarazo heterotópico, siendo un fenómeno inusual. En 1948, De Voe y Pratt estimaron la incidencia en 1 de cada 30 000 gestaciones², la cual ha aumentado en la actualidad por el uso de inductores de ovulación, como el citrato de clomifeno, y otras técnicas de reproducción asistida. De manera referencial, la incidencia del embarazo ectópico es aproximadamente 1 de cada 200 gestaciones.

Asimismo existen factores de riesgo, como embarazo ectópico previo, uso de DIU en casi el 45%, según Villanueva³, y hasta 80%, según Comstock⁴. Otro grupo corresponde a las pacientes con tratamiento de fertilización *in vitro*.

Una revisión de Reece (1998) estimó que 94% de los embarazos extrauterinos relacionados a heterotópicos fue tubárico, y 6% ovárico, muy semejante a los datos de De La Cruz⁵. Asimismo, encontró que 75% de los pacientes sometidos a laparotomía por el embarazo extrauterino, concluyeron con un niño a término, la gestación intrauterina.

Las teorías propuestas por Inclán¹, para la implantación en el ovario, son:

- Implantación del blastocisto en el cuerpo lúteo.
 - Impedimento del transporte de óvulos por adherencias.
 - Cambios en la superficie ovárica, por decidualización.
 - Presencia de focos endometriósicos, que facilitan su implante.
- Los criterios diagnósticos para embarazo ectópico ovárico fueron definidos por Spiegelberg⁶, siendo cuatro:
- Trompa de Falopio (incluyendo fimbria) debe estar intacta.
 - El embarazo debe ocupar una porción normal del ovario.
 - El ovario debe estar unido al útero por el ligamento útero ovárico.
 - Debe haber tejido ovárico circundante al espécimen de embarazo.

El ultrasonido es muy importante en el diagnóstico. Lindsay describe que la no visualización de una vesícula vitelina en un saco gestacional de más de 8 mm ya es anormal².

Tal y col sugieren la combinación de ecografía transvaginal y abdominal para la búsqueda de tumoraciones largas que puedan estar fuera de la pelvis⁷. La ecografía transvaginal busca tumoraciones anexiales, siendo un elemento importante para el



Figura 1. a. Saco gestacional intrauterino (no evolutivo). b. Saco gestacional en anexo izquierdo con embrión inactivo

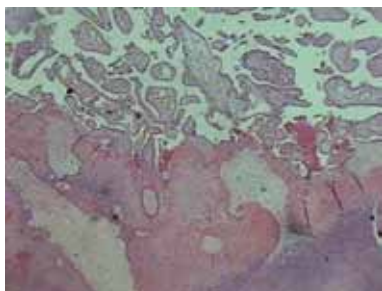


Figura 2. Vellosidades coriales con degeneración hidrópica no molar, mantos de decidua con trombosis, necrosis y hemorragia

diagnóstico de ectópico la presencia de vesícula vitelina y/o botón embrionario en el saco extrauterino. En el caso de no ser tubáricos, es muy fácil la confusión con el cuerpo lúteo, quiste endometriósico o absceso. Comstock⁴ sugiere sospechar embarazo ovárico cuando existe una ecolucencia interna, se ve un

solo anillo con vesícula vitelina y no se encuentra latido embrionario. Ricci, por su parte, refiere que el embarazo ectópico ovárico es muy difícil de diferenciar del tubárico y que no existe imagen ecográfica patognomónica⁸.

En resumen, el diagnóstico de un embarazo heterotópico es difícil y se trata de una condición potencialmente peligrosa para la madre y la gestación intrauterina. Se debe considerar en toda paciente con sangrado anormal, dolor pélvico y/o abdominal y la asociación con agentes inductores de ovulación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Inclán JA, Mojarra J, De León R, López G. Embarazo ectópico ovárico: Presentación de un caso. *Rev Fac Med UNAM.* 2001;44:63-5.

2. Gutiérrez-Cruz O, Romero G, Velasco L. Embarazo heterotópico. *Ginecol Obstet Mex.* 2006;74:389-93.

3. Villanueva L. Características clínico-patológicas de las pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, entre 1998 y 2002. Tesis de Bachiller de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia.

4. Comstock C, Huston K, Lee W. The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2005;105:42-5.

5. De La Cruz G. Incidencia y perfil obstétrico y quirúrgico de pacientes con embarazo ectópico en el Instituto Materno Perinatal. Enero a diciembre 2001 Tesis de Bachiller en Medicina UNMSM.

6. Spiegelberg O. Zur cosuistik der Ovarialschwanger schalt. *Arch Gynaekol.* 1973; 13:73-6.

7. Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Tristch I. Heterotopic pregnancy alter ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. *Fertil Steril.* 1996;66:1-12.

8. Ricci P, Perucca P, González V, Castillo T, Álvarez C, Aceituno R. Embarazo ectópico ovárico, a propósito de un caso. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2003;68(5).

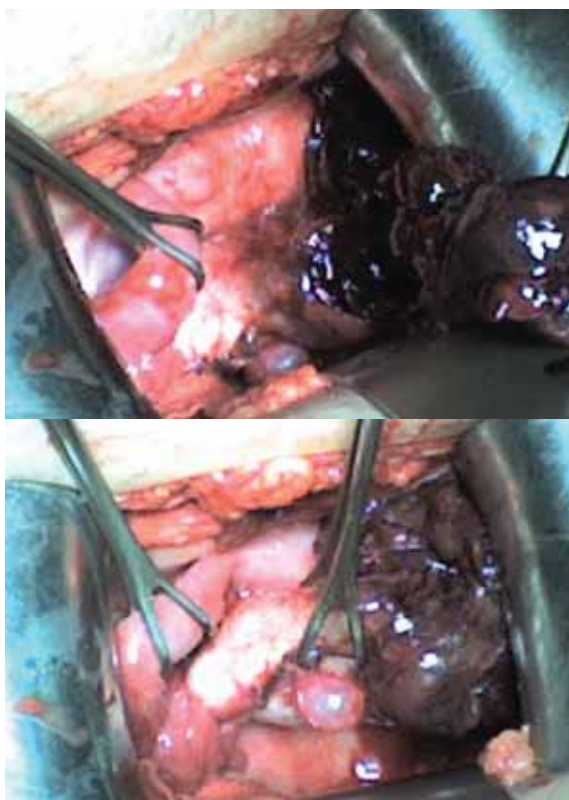


Figura 3.Arriba: embarazo ectópico ovárico izquierdo roto. Abajo: embarazo ectópico ovárico mostrando trompa indemne y coágulo organizado unido al ovario.

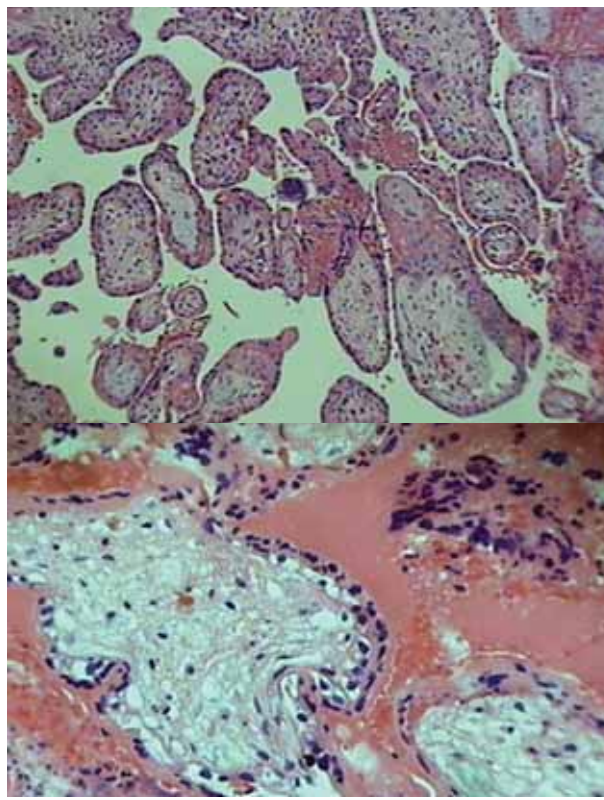


Figura 4.Arriba: vellosidad corial completa y células trofoblásticas dentro de coágulo organizado. Abajo: vellosidades coriales y presencia de nodo sincitial.