

CASO CLÍNICO

CASE REPORT

1. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Hellín, Albacete, España
 - a. Ginecólogo Adjunto
 - b. Jefe de Servicio

Financiamiento: propio de los autores

Conflicto de interés: ninguno con el presente artículo

Recibido: 1 junio 2018

Aceptado: 10 agosto 2018

Publicación online: 22 julio 2019

Trabajo presentado al Concurso de Temas Libres, XXII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, Perú, agosto 2018.

Publicación online: 12 julio 2019

Correspondencia:

Dr. Eli Pedro Monzón Castillo

📍 Avenida Eleazar Huerta N 39, 02008, Albacete, España

☎ 0034 6974538420

✉ elimonzon@hotmail.com

Citar como: Monzón Castillo EP, Tejada Martínez G, Oliva García AB. Embarazo heterotópico espontáneo. Presentación de dos casos. Rev Peru Ginecol Obstet. 2019;65(3):355-359. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2195>

Embarazo heterotópico espontáneo.

Presentación de dos casos

Spontaneous heterotopic pregnancy.

Report of two cases

Eli Pedro Monzón Castillo^{1,a}, Gabriel Tejada Martínez^{1,b}, Ana Belén Oliva García^{1,a}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2195>

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is the simultaneous development of an intrauterine and an ectopic pregnancy. This complication is increasing due to infertility treatment, especially assisted reproduction techniques. There are two types: induced (associated with in vitro fertilization techniques, rate 1:1 000 to 1: 1 500 pregnancies) or spontaneous (1:20 000 to 1:80 000 pregnancies). Causal factors for spontaneous heterotopic pregnancies include pelvic inflammatory disease, use of intrauterine device or hormonal devices, previous pelvic surgery, and history of ectopic pregnancy. We present two cases of spontaneous heterotopic pregnancies.

Key words: Heterotopic pregnancy, Laparoscopy.

RESUMEN

El embarazo heterotópico es el desarrollo simultáneo de un embarazo intrauterino y de otro extrauterino. Es una complicación en aumento en relación al tratamiento de la infertilidad, en especial con técnicas de reproducción asistida. Puede presentarse de dos maneras: inducido (relacionado con técnicas de fertilización *in vitro*, incidencia de 1:1 000 hasta 1:1 500 embarazos) o espontánea (frecuencia 1:20 000 hasta 1:80 000 embarazos). Sus factores causales son la enfermedad pélvica inflamatoria, uso de dispositivo intrauterino o dispositivos hormonales, cirugía pélvica previa o embarazo ectópico previo. Presentamos dos casos de embarazos heterotópicos espontáneos.

Palabras clave. Embarazo heterotópico, Laparoscopia.



INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico consiste en la existencia de un embarazo intrauterino que coexiste con otro extrauterino⁽¹⁾. El primer caso en la literatura fue publicado por Dauverney, en 1740, al realizar la autopsia de una mujer.

La incidencia es variable, desde 1:1 000 hasta 1:1 500, y está relacionado con métodos de fertilización asistida. La incidencia en el embarazo heterotópico espontáneo -sin la ayuda de algún método de inseminación artificial- varía entre 1:30 000 y 1:50 000 recién nacidos vivos⁽²⁻⁵⁾.

Los factores de riesgo incluyen el uso de anticonceptivos o dispositivo intrauterino, enfermedad pélvica inflamatoria previa, administración de inductores de ovulación en casos de esterilidad o infertilidad, cirugía pélvica previa, embarazo ectópico previo y endometriosis⁽⁶⁾. Existen informes de pacientes sin factores de riesgo en una incidencia de 1:30 000.

Las causas del embarazo heterotópico espontáneo se relacionan a superfecundación, alteraciones anatómicas y de la posición de las trompas de Falopio. En cuanto a la reproducción asistida, se vinculan a hiperestimulación ovárica asociada a alteraciones estructurales y funcionales de las salpinges, secundaria a desarrollo anormal de ovarios, al número de embriones transferidos, la técnica de transferencia -como fuerza excesiva de la transferencia, transferencia en el fondo uterino y no en la parte media de la cavidad uterina-, o por migración retrógrada de los embriones hacia las salpinges⁽⁷⁾.

En el estudio ultrasonográfico de rutina, solo puede diagnosticarse la mitad de los embarazos heterotópicos. Cuando la paciente se ha sometido a procedimientos de fertilización asistida, existe la ventaja del seguimiento ultrasonográfico en prevención de las complicaciones, y el diagnóstico puede ser precoz^(8,9). Este estudio debe ser realizado por manos expertas y con énfasis en los detalles, sobretudo en las pacientes que tengan el antecedente familiar o personal de embarazo gemelar o múltiple⁽⁹⁾.

En la mayor parte de los casos de embarazo heterotópico espontáneo, el diagnóstico se realiza después de que se ha complicado el embara-

zo extrauterino, inclusive después de haberse realizado un estudio de ultrasonografía que visualizaba solo una gestación intrauterina⁽¹⁰⁾. Generalmente se presenta como una urgencia quirúrgica después de la rotura del embarazo extrauterino, porque no siempre se piensa en este tipo de gestación.

La sospecha clínica es vital y debe de ser tenida en cuenta, sobre todo cuando hay antecedente de reproducción asistida, persistencia de dolor abdominal después de un legrado uterino o aspiración endouterina, la persistencia de títulos elevados de hormona gonadotropina coriónica después de un legrado uterino o aspiración endouterina, y ante la persistencia de dolor abdominal asociado a masa palpable intrapélvica y embarazo intrauterino⁽⁸⁻¹⁰⁾.

El cuadro clínico es variable. La sintomatología del embarazo extrauterino generalmente es la misma que la del embarazo ectópico. Las complicaciones que presenta el embarazo intrauterino se relacionan con las variantes clínicas del aborto. Pueden superponerse ambos cuadros, con lo que se dificulta el diagnóstico. El tiempo de evolución y el manejo previo influyen de manera importante en el cuadro clínico⁽⁹⁾.

Como diagnóstico diferencial se encuentra el quiste hemorrágico roto asociado a embarazo intrauterino o la torsión de quiste de ovario.

El manejo actual del embarazo heterotópico varía de acuerdo con el momento del diagnóstico, al estado de gravedad en la paciente y la viabilidad del embrión. El estándar en el diagnóstico y tratamiento es la laparoscopia^(11,12). El uso de metotrexato o prostaglandinas está indicado solamente en caso de no existir viabilidad de la gestación intrauterina⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Si la ubicación del embarazo extrauterino es sobre un órgano no importante (epiplón o trompas), deberá de extirparse en su totalidad, sin pretender desprenderla, de lo contrario se presentará una hemorragia que puede ser difícil de controlar. En caso de localizarse sobre un órgano importante, deberá de dejarse el cordón umbilical lo más corto posible junto con la placenta, en su sitio de implante^(13,14). El manejo continúa con metotrexato y vigilancia médica estrecha.



Después del evento quirúrgico de la gestación extrauterina, la viabilidad del producto intrauterino es entre 45 y 70%, aunque puede fallecer el producto de la concepción, a pesar del manejo preventivo que se realice. La mortalidad materna se asocia a menos del 1% de los casos de embarazo ectópico tubárico. Cuando el embarazo heterotópico es de localización abdominal, esta mortalidad puede ser hasta 6%⁽¹⁴⁾.

PRIMER CASO CLÍNICO

Paciente de 32 años, G3 P2002, edad gestacional (EG) 7 semanas. Antecedentes personales: hipotiroidismo subclínico por tiroiditis crónica autoinmune en tratamiento con eutirox, depresión en tratamiento con lorazepam. Cirugía previa de colecistectomía laparoscópica; la paciente no fumaba, grupo sanguíneo A +.

Acudió al servicio de urgencias refiriendo dolor pélvico tipo pinchazo, de moderada intensidad, desde hacía dos semanas, que había ido a más, sin sangrado vaginal ni flujo vaginal, sin síntomas urinarios, fiebre o estreñimiento. Hemodinámicamente estable.

Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en la zona pélvica y en ambas fosas ilíacas; rebote dudoso.

Al examen ginecológico, orificio cervical cerrado, no sangrado transorificial, no leucorrea. El tacto vaginal mostró cérvix doloroso a la movilización.

Ecografía transvaginal: útero anteverso flexión, con embrión único activo intrauterino acorde a 7 ss. Se observó hematoma, con despegamiento del saco mayor al 50%. Anejo derecho: se observó imagen heterogénea de 5 cm de diámetro mayor, Doppler negativo. Anejo izquierdo: ovario normal. Líquido libre en fosa ilíaca derecha (FID), en poca cantidad.

Ingresó con diagnóstico de dolor pélvico en gestante con sospecha de torsión ovárica. Se planteó laparoscopia diagnóstica - terapéutica.

Ingresó a quirófano, hallándose hemoperitoneo de 300 mL, útero aumentado de tamaño, anejo derecho con trompa dilatada a nivel del tercio distal, con pared íntegra y sangrado activo a través de la fimbria, en poca cantidad, con

coágulos organizados en la fosa pélvica derecha; ovario normal. Anejo izquierdo: trompa y ovario normales. Coágulos organizados y sangre en el fondo de saco de Douglas, en regular cantidad (figuras 1 y 2). Se realizó salpingectomía total derecha por gestación heterotópica complicada.

Cursó hemodinámicamente estable, afebril, sin sangrado vaginal. Ecografía control al día siguiente de la cirugía: saco gestacional intrauterino con gran hematoma/despegamiento, que abarcaba el 80% del saco, embrión con frecuencia cardíaca presente, longitud corona-nalga 12 mm, acorde a 7 ss 3 días.

Se dio el alta al segundo día postoperatorio, con control en servicio de tocología.

FIGURA 1. ECTÓPICO DERECHO EN LA REGIÓN AMPULAR.

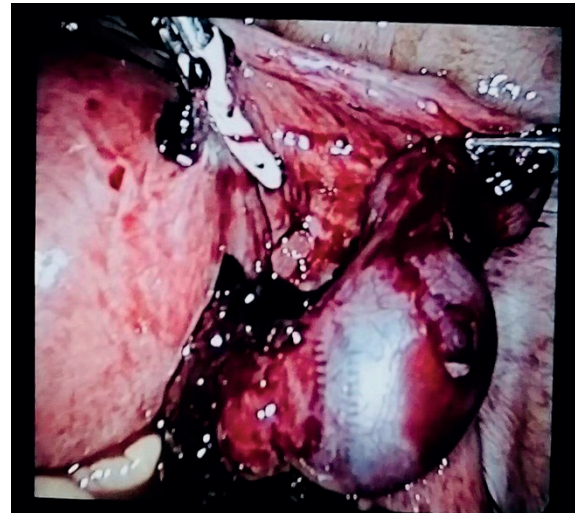
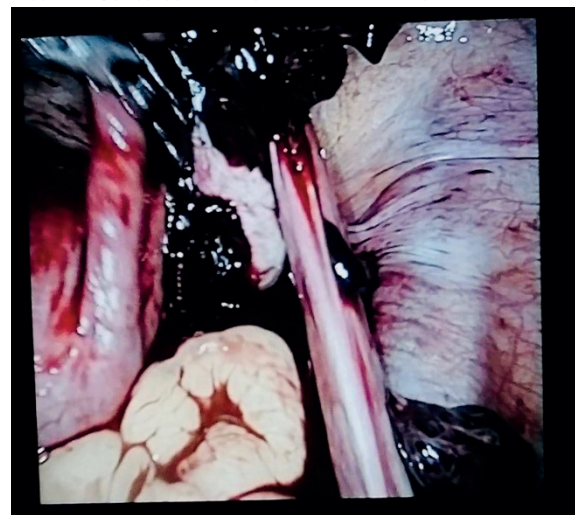


FIGURA 2. COÁGULOS A TRAVÉS DE LA FIMBRIA DERECHA.





Anatomía patológica describió trompa uterina derecha intacta y negruzca, que medía 7,5 cm de largo y estaba dilatada hasta 2,4 cm en la porción ampular. En la luz se encontraban abundantes coágulos sanguíneos. El diagnóstico fue de gestación tubárica con hematosálpinx consecutivo.

La gestación cursó asintomática, sin sangrado vaginal, siendo considerada gestación normoevolutiva. A las 41 ss 1 día ingresó por trabajo de parto espontáneo, con parto eutócico de recién nacido vivo, sexo masculino, peso 3 600 g, Apgar 9/10.

SEGUNDO CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años, G2 P1001, EG 7 ss. Antecedente de hipotiroidismo en tratamiento con eutirox. Cirugías previas: apendicectomía, 1 cesárea, no fumaba, grupo sanguíneo O +.

Acudió a urgencias por molestias pélvicas desde hacía una semana, tipo cólico, que aumentó desde esa mañana, irradiado a zona lumbar.

Hemodinámicamente estable. Abdomen doloroso a la palpación en FID, rebote dudoso.

En el examen ginecológico, vagina con escasos restos hemáticos, cérvix cerrado, con escaso sangrado activo procedente de cavidad. Al tacto vaginal, cérvix móvil, doloroso.

Ecografía transvaginal: saco gestacional intrauterino con vesícula vitelina en su interior de 3 mm y embrión de 13 mm, con actividad cardíaca presente, acorde a 7 ss 3 días. A nivel anexial derecho, formación de bordes regulares y contenido heterogéneo de 45 x 50 mm. Moderada cantidad de líquido libre en Douglas.

Ingresó con diagnóstico de gestación evolutiva de 7 ss 3 días, con formación anexial derecha complicada. Se planteó laparoscopia diagnóstica.

Ingresó a quirófano, hallándose pelvis ocupada por coágulos organizados en su parte superior, útero normal, anejo izquierdo normal, ovario derecho normal, hematosálpinx a tensión en porción ampular de trompa derecha de 5 x 4 cm, pared íntegra, con sangrado activo a través de la fimbria, compatible con gestación ectópica a nivel ampular. Se realizó salpingectomía total derecha laparoscópica.

Cursó hemodinámicamente estable, sin sangrado vaginal, y fue dada de alta en su segundo día postoperatorio.

En anatomía patológica se recibió trompa de 7 x 2 x 1,9 cm, con dilatación en su parte medial, de consistencia firme, que medía 4 x 2 x 1,5 cm. El diagnóstico fue de restos de embarazo ectópico con fragmentos deciduales, vellosidades edematosas, abundante hemorragia: embarazo ectópico roto.

La gestante fue vista en consulta externa a las 10 ss de gestación. La ecografía transvaginal mostró saco gestacional intrauterino con zona de hematoma/despegamiento en el polo inferior, que abarcaba el 30% del saco. Embrión de 29 mm, acorde a 9 ss 5 días, LCF +, ovario derecho normal y ovario izquierdo con cuerpo lúteo, sin líquido libre.

La gestación cursó con diabetes gestacional, en tratamiento con dieta y ejercicio.

Se programó cesárea más ligadura tubárica izquierda de manera electiva, a las 38 ss 6 días. Se obtuvo recién nacido vivo, sexo masculino, peso 3 780 g, Apgar 9/10.

DISCUSIÓN

Los casos presentados son de dos embarazos heterotópicos espontáneos, excepcionales, en comparación con los que se originan en pacientes que han recibido técnicas de reproducción asistida.

La finalidad de este artículo es la discusión diagnóstica y terapéutica del embarazo heterotópico, con un embarazo intrauterino viable. La sospecha diagnóstica temprana es decisiva, si se quiere asegurar el desarrollo exitoso del embarazo intrauterino. Ambas gestaciones fueron de concepción natural, de ahí que sean casos excepcionales. Debido al aumento en su frecuencia en los últimos años, es importante reconocer los factores de riesgo que pueden condicionar la aparición de este tipo de embarazo, como son los procesos inflamatorios pélvicos, la edad materna avanzada al momento de la concepción, técnicas de reproducción asistida, la cirugía tubárica.



El 54% de las pacientes con embarazo heterotópico cursan asintomáticas. El diagnóstico temprano es difícil debido a la falta de síntomas y de datos clínicos característicos. Habitualmente, el diagnóstico es ecográfico, las imágenes más frecuentes visualizadas son: masa anexial y líquido libre en el fondo de saco de Douglas, en presencia de embarazo intrauterino.

La presentación clínica de un embarazo heterotópico es variable. Su manejo depende del momento en que se realiza el diagnóstico (antes o después de que se presenten complicaciones), de la gestación comprometida (intrauterina o la extrauterina) y de la viabilidad del producto intrauterino.

El diagnóstico temprano implica cierta dificultad, porque se piensa poco en este tipo de embarazo.

En los casos presentados, ante el cuadro clínico agudo, se decidió realizar cirugía laparoscópica, que ha demostrado ser exitosa. Existen reportes de que el abordaje de mínima invasión mejora el pronóstico de los fetos intrauterinos. Fue así que se logró resolver el cuadro agudo, preservar la fertilidad de las pacientes y permitir que continuara la evolución del embarazo intrauterino.

En conclusión, este tipo de embarazos sigue siendo un reto para los ginecólogos obstetras. En primer lugar, se trata de un hecho insólito que, si bien ha ido en aumento en los últimos años debido a las técnicas de reproducción asistida y a problemas como la enfermedad pélvica inflamatoria, puede manifestarse sin factores de riesgo asociados. Por lo que debe tenerse siempre en mente, para que las decisiones diagnósticas y terapéuticas que implican se asuman con el suficiente conocimiento. Es de suma importancia insistir en el diagnóstico y tratamiento oportuno, porque aumenta la probabilidad de llevar a término el embarazo intrauterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berek JS. Early pregnancy loss and ectopic pregnancy. En: Berek JS, Novak E, editors, *Berek and Novak's Gynecology* 14 th ed. Chapter 18. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2007:533-4.
2. Luna Lugo G. Embarazo heterotópico espontáneo en pacientes con antecedente de embarazo gemelar familiar: 2 casos. *Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital General de Pachuca, Servicios de Salud de Hidalgo, Hidalgo, México. Progr Obstet Ginecol.* 2012;55 (3):141-5.
3. García Miras R, Gallego J, Prado González J. Embarazo heterotópico: presentación de un caso. *Hospital Docente Gineco Obstétrico Eusebio Hernández. Rev Cubana Obstet Ginecol.* 2001;27(1):34-8.
4. Mendivil C, Padrón R, Miranda J, Silva G. Embarazo heterotópico: diagnóstico ecográfico temprano, manejo con laparoscopia. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol. Ene-Mar 2011;62(1):98-103.*
5. Díaz A, Ramírez C, Rojas L, Jiménez J, Hiriart J. Embarazo heterotópico: un caso de urgencia. *Rev Obstet Ginecol Hospital Santiago Oriente Dr Luis Tisné Brousse.* 2006;1(2):118-20.
6. Martínez CR, Cerrillo MM, Arguello GA, Ángel PC, Díaz SM, González MG. Gestación heterotópica espontánea, diagnóstico y tratamiento laparoscópico. *Progr Obstet Ginecol.* 2008;51:567-70.
7. Domínguez-Meléndez KE, Sastré-Gómez H, Higuera-Hidalgo F, Vargas Dominguez A, Zaldivar-Ramírez FR. Embarazo heterotópico en un ciclo de concepción natural presentado como embarazo ectópico roto. Informe de un caso clínico. *Cir Ciruj.* 2008;76:519-22.
8. Alkatout I, Honemeyer U, Strauss A. Clinical diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* 2013 Aug;68(8):571-81. doi: 10.1097/OGX.0b013e31829c-dbeb.
9. Rada TL, Rivero FA, Briones J, Fernández S. Embarazo heterotópico vs embarazo ectópico con reacción decidual. *Rev Soc Med Quir Hospital Emergencia Pérez de León.* 2007;38:67-72.
10. Singhal M, Ahuja CK, Saxena Ak, Dhaliwal L, Khandelwal N. Sonographic appearance of heterotopic pregnancy with ruptured ectopic tubal pregnancy. *J Clin Ultrasound.* 2010 Nov-Dec;38(9):509-11. doi: 10.1002/jcu.20715.
11. Soriano D, Vicus D, Schonman R, Mashiach R, Shashar-Levkovitz D, Schiff E, et al. Long-term outcome after laparoscopic treatment of heterotopic pregnancy: 19 cases. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010 May-Jun;17(3):321-4. doi: 10.1016/j.jmig.2010.01.016.
12. Larraín D, Marengo F, Bourdel N. Proximal ectopic pregnancy: a descriptive general population-based study and results of different management options in 86 cases. *Fertil Steril.* 2011 Mar 1;95(3):867-71. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.10.025.
13. Tulandi T, Al-Jaroudi D. Interstitial pregnancy: results generated from the Society of Reproductive Surgeons Registry. *Obstet Gynecol.* 2004;103:47.
14. Soriano D, Vicus D, Mashiach R, Schiff E, Seidman D, Goldenberg M. Laparoscopic treatment of cornual pregnancy: a series of 20 consecutive cases. *Fert Steril.* 2008 Sep;90(3):839-43.