

Casos Clínicos

Gestación heterotópica en dos casos de embarazos espontáneos

Mireia Aranda F.¹, María Inmaculada González R.¹, Fernando Ruiz M.¹, César Lizán T.¹, Nuria Abril U.¹, Fernando Bonilla M.¹

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario de Valencia. Valencia, España.

RESUMEN

Gestación heterotópica se define como la coexistencia entre gestación intra y extrauterina. Su incidencia es baja en embarazos espontáneos, aumentando con las técnicas de reproducción asistida, por lo tanto, su diagnóstico precisa de un alto índice de sospecha. Presentamos dos casos, sin antecedentes de importancia, con gestación actual espontánea, que consultaron por dolor hipogástrico y goteo hemático. En la ecografía se objetivaron una gestación intrauterina detenida y una masa anexial compatible con gestación tubárica. Tras la sospecha de gestación heterotópica se realizó salpingectomía laparoscópica y legrado evacuador. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico en las pacientes.

PALABRAS CLAVES: *Gestación heterotópica espontánea, dolor abdominal*

SUMMARY

Heterotopic pregnancy consists of simultaneous intra and extra uterine pregnancy. The incidence is low in spontaneous pregnancies, but these pregnancies are more common when assisted reproductive technologies are used; therefore, diagnosis requires a high index of suspicion. We report two cases with no history of interest and a spontaneous pregnancy, who presented with hypogastric pain and spotting. An ultrasound scan showed an intrauterine gestational sac and adnexal mass consistent with ectopic pregnancy. As a heterotopic pregnancy was suspected, laparoscopic salpingectomy and curettage of the miscarriage were performed. Pathological analysis confirmed the diagnosis.

KEY WORDS: *Spontaneous heterotopic pregnancy, abdominal pain*

INTRODUCCIÓN

Se denomina gestación heterotópica a la coexistencia de una gestación intra y extrauterina. No existen muchos casos recogidos en la literatura y el primer caso de embarazo heterotópico fue descrito por Duberney en 1708 en los hallazgos de una autopsia. Su incidencia oscila alrededor de 1:30.000 gestaciones, aumentando hasta 1:100-1:500 con la utiliza-

ción de las técnicas de reproducción asistida (1).

Debido a su baja incidencia, el diagnóstico a veces resulta difícil y requiere de un alto índice de sospecha. Por ello, cuando visualizamos una gestación intrauterina, no debemos descartar la existencia de un ectópico.

El objetivo de esta comunicación es presentar dos casos de gestación heterotópica en embarazos espontáneos.

Casos clínicos

Caso 1. Tercigesta espontánea de 30 años, con dos abortos y un parto anterior. Sin antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria, ni cirugía abdominal. Consultó en urgencia de ginecología en semana 8 de amenorrea por goteo hemático y dolor abdominal, sin ecografías previas. Hemodinámicamente estable y afebril. Dolor abdominal en fosa iliaca derecha con defensa voluntaria. Parámetros analíticos dentro de la normalidad y BHCG de 18.160 mU/ml. En ecografía transvaginal se observa saco gestacional intrauterino desestructurado (gestación no viable) e imagen paraovárica derecha heterogénea de 5 cm compatible con gestación ectópica y moderada cantidad de líquido libre en Douglas. Ante la sospecha diagnóstica se realiza salpingectomía derecha y legrado obstétrico evacuador. Durante la intervención se objetiva trompa derecha engrosada

de aproximadamente 5 cm y moderada cantidad de líquido libre (Figura 1). La anatomía patológica confirma el diagnóstico de gestación ectópica y restos deciduo-coriales intrauterino.

Caso 2. Primigesta espontánea de 34 años, sin antecedentes de interés. Consulta en urgencia por goteo hemático y dolor hipogástrico. Hemodinámicamente estable. Analítica dentro de la normalidad y BHCG de 20.460 mU/ml. En la ecografía se observó saco gestacional intraútero vacío de 5 semanas y saco en trompa izquierda con vesícula y embrión de 6 semanas con latido cardiaco. Se realiza salpingectomía izquierda por laparoscopia y legrado evacuador. Durante la intervención, se observa trompa izquierda engrosada de 5x3 cm (Figura 2). La anatomía patológica confirma el diagnóstico de embarazo ectópico y restos deciduo-coriales intrauterino (Figura 3).

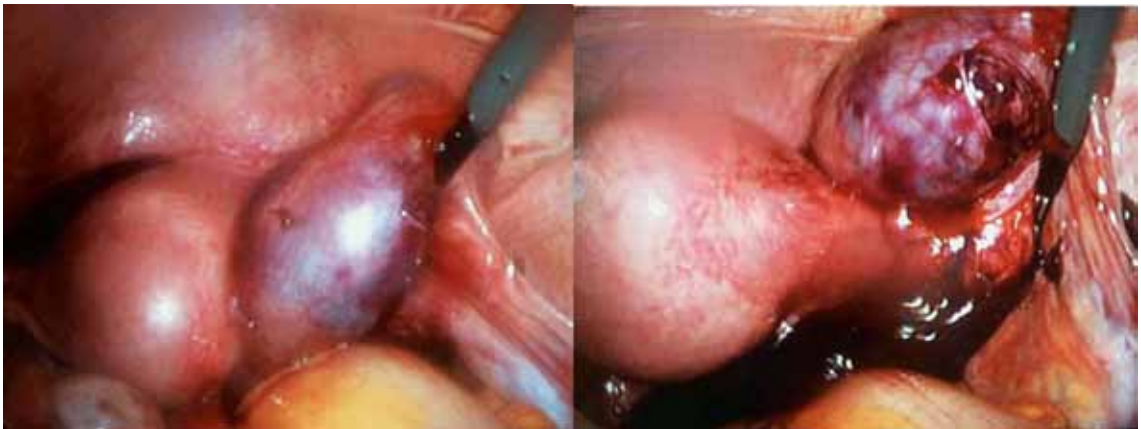


Figura 1. Caso 1. Hallazgos laparoscópicos. Trompa derecha engrosada con hemoperitoneo.

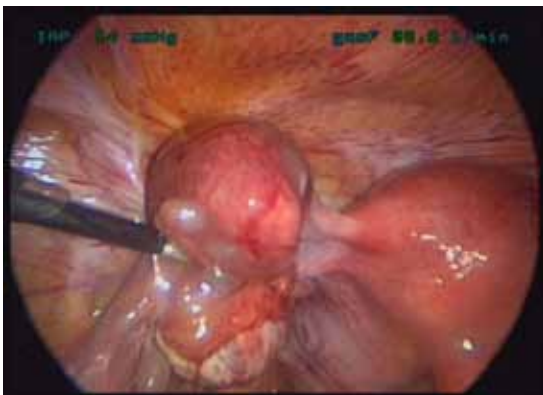


Figura 2. Caso 2. Hallazgos laparoscópicos. Trompa izquierda engrosada.

DISCUSIÓN

La etiología de la gestación heterotópica no se encuentra bien definida, pero hay descritos factores de riesgo que pueden predisponer a esta condición clínica, como son alteraciones sobre la trompa, por ejemplo debido a una enfermedad pélvica inflamatoria, endometriosis, edad materna avanzada, técnicas de reproducción asistida (2).

Es una patología que debido a su baja incidencia se encuentra subdiagnosticada. Es importante sospecharla, ya que las gestaciones ectópicas continúan siendo la primera causa de muerte materna durante el primer trimestre (80-90%) (3).

Los síntomas que nos deben hacer sospechar son el sangrado vaginal, dolor abdominal y masa

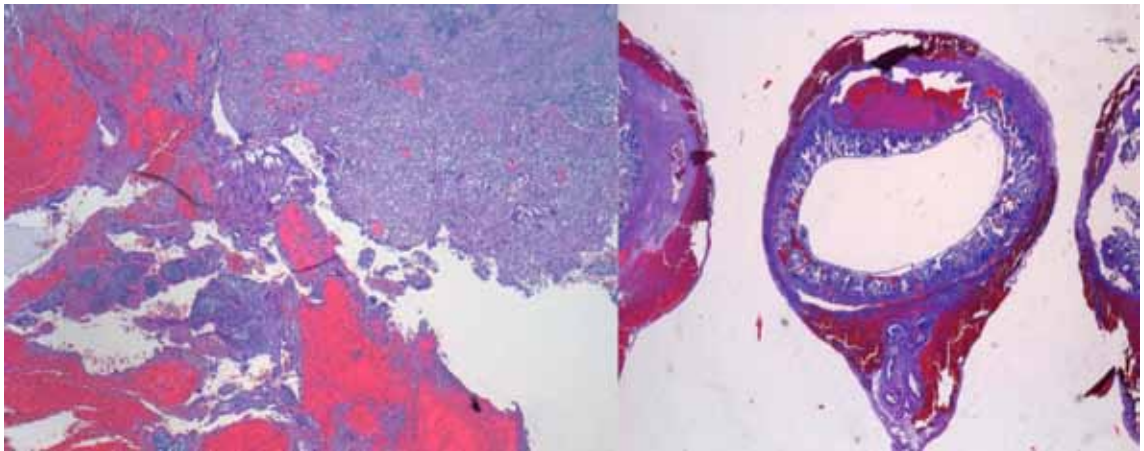


Figura 3. Caso 2. Anatomía patológica de ectópico tubárico y restos deciduocoriales.

anexial, son manifestaciones inespecíficas que muchas veces dificultan un diagnóstico precoz. El diagnóstico diferencial se debe realizar con el síndrome de hiperestimulación ovárica, folículo hemorrágico, apendicitis aguda y cólico renal (4).

El método diagnóstico principal sigue siendo la ecografía transvaginal con el Doppler (5). Se debe ser cauto con el diagnóstico ecográfico, ya que la presencia de una imagen econegativa intrauterina (pseudosaco o gestación inicial) observado en un 10-20% de los embarazos ectópicos, puede conducir a falsos diagnósticos, como también un cuerpo lúteo hemorrágico nos puede dar una falsa imagen de ectópico (6). Sólo la anatomía patológica o la evolución de la gestación dan el diagnóstico de certeza (7). Una cuantificación de BHCG mayor a la esperada para el tiempo de amenorrea, asociado a dolor abdominal y descartando embarazo múltiple, puede hacernos sospechar también de una gestación heterotópica (4).

El tratamiento es principalmente quirúrgico, preferible por vía laparoscópica, y la laparotomía en caso de inestabilidad hemodinámica. La técnica habitual es la salpingectomía, de elección si existe rotura tubárica. El metotrexate sistémico estaría contraindicado, para así mantener la viabilidad de la gestación intrauterina (8). La tasa de pérdida de la gestación intrauterina es de alrededor del 35%.

CONCLUSIÓN

Ante una ecografía gestacional de primer trimestre siempre se debería visualizar el útero y ambos anexos, ya que aunque se trate de una patología poco frecuente, se debe descartar la gestación heterotópica tras visualizar un saco intrauterino, ya

que éste es el único modo de obtener un diagnóstico precoz y una disminución de la morbilidad.

Agradecimientos: Al servicio de anatomía patológica por facilitar las imágenes.

REFERENCIAS

1. Varras M, Akrivis C, Hadjopoulos G, Antoniou N. Heterotopic pregnancy in a natural conception cycle presenting with tubal rupture: a case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;106:79-82.
2. Kaplan F, Espinoza O, Scheppeler M, Cabrera D. Embarazo heterotópico: una patología emergente. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002;67:402-4.
3. Cabero i Roura LI, Sánchez Durán MA. En: *Protocolos de Medicina Materno-fetal (Perinatología)*. 3ªed. Madrid: Ergon; 2008. p 161-2.
4. DeCherney A, Eichhorn J. Severe abdominal pain during early pregnancy in a woman with previous infertility. *N Engl J Med* 1996;334:255-60.
5. Bassil S, Pouly JL, Canis M, Janny L, Vye P, Chaptin C, Bruhat MA. Advanced heterotopic pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer, with survival of both the babies and the mother. *Hum Reprod* 1991;6:1008-10.
6. Umranikar S, Rafi J, Bawden P, Umraniker S, O'Sullivan B, Moor A. Acute presentation of a heterotopic pregnancy following spontaneous conception: a case report. *Cases J* 2009;2:9369.
7. Southern Medical Association. Heterotopic pregnancy. *South Med* 1999;92:330-2.
8. Cabrera JM, Mallafre J, Serra B. Embarazo ectópico. *Elservier 4ª edición Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus*. Barcelona Editorial Masson 2006;151-3.