

CASOS CLÍNICOS

Tratamiento laparoscópico de las gestaciones heterotópicas tubáricas

E. Gómez-Valencia, E. González-Bosquet, S. González-Núñez, M.A. Rodríguez, N. Pagès y J.M. Lailla

Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. Barcelona. España.

SUMMARY

The probability of diagnosing of heterotopic pregnancy in a natural cycle is approximately 1:30,000 cases. The introduction of techniques of assisted reproduction has increased the incidence of these pregnancies by 0.2-1%. Possible explanations for this large increase are the large number of transferred embryos, direct transfer to the tube or a history of previous myomectomy, independent of risk factors for ectopic pregnancy.

In the first six months of 2001, two heterotopic pregnancies were diagnosed and treated in our service. The first pregnancy was achieved through in vitro fertilization and the second through artificial insemination with conjugal sperm. Treatment was laparoscopic in both patients.

Although infrequent, heterotopic pregnancy should be included in the differential diagnosis of abdominal pain in the first trimester, especially if assisted reproduction techniques have been used. The treatment of choice is surgical and laparoscopy is the most appropriate option.

INTRODUCCIÓN

El hallazgo de una gestación heterotópica es un hecho poco frecuente. El primer caso descrito data de 1708, y fue un hallazgo necrópsico. El diagnóstico en un ciclo natural tiene una incidencia aproximada de 1:30.000 gestaciones¹. La introducción de las técnicas de reproducción asistida ha provocado que esta incidencia aumente hasta un 0,2-1%. En el 90% de los casos el embarazo extrauterino se sitúa en las trompas, y otras localizaciones son mucho menos frecuentes.

Aceptado para su publicación el 10 de junio de 2002.

tes². A continuación presentamos dos casos de gestación heterotópica diagnosticados en nuestro servicio durante el año 2001.

CASOS CLÍNICOS

Caso A

Gestante de 8 semanas secundigesta que consultó por abdominalgia de 5 días de evolución. No presentaba antecedentes personales ni ginecoobstétricos de interés. La gestación actual había sido conseguida mediante fecundación *in vitro* (FIV) (ICSI) por oligo-astenozoospermia masculina. La exploración física en urgencias reveló un abdomen blando y depresible, algo doloroso a la palpación en la fossa ilíaca derecha, aunque sin signos de irritación peritoneal. El tacto vaginal era doloroso a la palpación anexial derecha y el útero estaba aumentado de tamaño. Se realizó una ecografía, que demostró la presencia de un embrión intrauterino, con una longitud craneocaudal que correspondía a 8 semanas y otro saco gestacional en el anejo derecho con un embrión del mismo tamaño, ambos con latido cardíaco positivo. La paciente no aportó ecografías anteriores. Se practicó una laparoscopia, observándose un embarazo ectópico derecho no accidentado, y se procedió a efectuar una salpingectomía derecha, sin incidencias. La evolución postoperatoria fue satisfactoria y se decidió dar el alta a la paciente las 24 h. La gestación siguió un curso correcto, excepto el diagnóstico de una ectasia piélica bilateral fetal. El parto fue eutóxico, a las 38 semanas, y nació un varón de 3.620 g con test de Apgar 9/10.

Caso B

Gestante primigesta de 10 semanas que consultó por abdominalgia y metrorragia de un mes de evolución. Entre los antecedentes personales destacaba un

síndrome de ovario poliquístico. La gestación había sido conseguida mediante inseminación artificial de cónyuge (IAC) realizada en otro centro, por esterilidad primaria de origen desconocido. Respecto a la exploración física en urgencias, el abdomen era doloroso, con signos de irritación peritoneal, y el tacto vaginal era difícil de valorar por la obesidad de la paciente. La ecografía objetivó la presencia de un saco gestacional endouterino con un embrión con biometrías que correspondían a 10 semanas, con un latido cardíaco positivo y abundante líquido libre sugestivo de hemoperitoneo. Se practicó laparoscopia exploradora, confirmando un hemoperitoneo de 1.500 ml y visualizándose una trompa izquierda accidentada con sangrado activo inmersa en un cuadro adherencial que implicaba al epíplón. Se procedió a realizar laparotomía y salpingectomía izquierdas. El informe anatopatológico confirmó el diagnóstico de gestación tubárica. Durante el postoperatorio se evidenció un síndrome anémico moderado, aunque no precisó transfusión sanguínea. Se decidió dar de alta a la paciente, con buen estado general al séptimo día tras la intervención. La gestación siguió su curso dentro de la normalidad. El parto fue eutóxico a las 40 semanas, y nació un varón de 3.250 gramos y test de Apgar de 9/10.

DISCUSIÓN

Los principales factores de riesgo de la gestación ectópica son la esterilidad y el uso de técnicas de reproducción asistida (TRA)³.

La esterilidad de origen tubárico se considera la causa principal del aumento de la incidencia: el antecedente de cirugía tubárica previa, cirugía pelvico-abdominal, gestación ectópica, enfermedad pélvica inflamatoria, utilización de DIU, la presencia de hidrosalpinx, endometriosis y alteraciones congénitas o adquiridas de las trompas son factores implicados. En cuanto a los factores de riesgo asociados a las TRA, se ha propuesto como posibles la estimulación ovárica, la calidad del embrión, el número de embriones transferidos, el soporte luteal, y algunos aspectos de la técnica de transferencia (el volumen, la localización del catéter, o la presión durante la inyección pueden facilitar la implantación tubárica)⁴⁻⁶. En los casos expuestos no existe un factor tubárico previo conocido como causa de la esterilidad, pero sí fueron sometidas ambas pacientes a TRA: la primera de ellas requirió FIV para conseguir gestación y la segunda, IAC.

En cuanto a la clínica, Marcus et al presentan una revisión sobre el tema objetivando que el 45% de las pacientes no presentaba sintomatología alguna en el

momento del diagnóstico, el 30% cursaba con abdominalgia y sangrado vaginal y el 25%, con abdominalgia sin metrorragia. La primera de nuestras pacientes consultó por una abdominalgia de intensidad leve. La segunda presentaba un cuadro de abdomen agudo que se había precedido de hemorragia leve, y dolor abdominal de varias semanas de evolución.

La presencia de dolor abdominal, irritación peritoneal y masa anexial acompañados de un aumento del tamaño uterino nos ha de hacer sospechar un embarazo heterotópico. En las primeras semanas de gestación puede confundirse el cuadro con un embarazo ectópico al no advertirse el aumento del volumen uterino. En muchos casos, el hallazgo de la gestación intrauterina se realiza antes que el de la extrauterina y esto puede dificultar y retrasar el diagnóstico. El método de elección para el diagnóstico es la ecografía, que fue concluyente en el primero de nuestros casos, y dado que ambas pacientes presentaban una clínica algo inespecífica. En el segundo caso, la exploración quirúrgica permitió llegar al diagnóstico. Con frecuencia, en pacientes sintomáticas sólo así se llegará a un diagnóstico de certeza⁷.

Revisando los tratamientos médicos propuestos en los casos de gestación heterotópica, no se han obtenido globalmente resultados satisfactorios. La utilización de metrotrexato sistémico afectará también al embrión intrauterino y, en caso de supervivencia al tratamiento, el importante efecto teratogénico se ha de tener presente. Las prostaglandinas sistémicas pueden provocar contracciones uterinas y originar un aborto. En cuanto a los tratamientos locales, muchos autores ya describen la utilización de cloruro potásico o de glucosa hiperosmolar, con diferentes resultados⁸. Debemos tener en cuenta que el control postoperatorio mediante determinaciones seriadas de b-HCG que se realiza en condiciones normales cuando se utilizan tratamientos médicos no es válido en estos casos. El resultado de estos tratamientos es la conservación de una trompa dañada que podría volver a alojar en su interior una nueva gestación ectópica^{9,10}.

La laparoscopia y salpingectomía son la técnica de elección para el tratamiento de las gestaciones heterotópicas tubáricas, ya que ofrece una tasa de curación del 100%, siendo los riesgos mínimos¹¹. En algunas ocasiones, la urgencia, el estado de la paciente o la dificultad quirúrgica provocarán que se deba recurrir a una laparotomía para abordar el cuadro, como hemos descrito en una de las pacientes.

Queremos destacar el hecho de que, dado el aumento de su incidencia, la gestación heterotópica debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la abdominal-

gia en la gestante durante el primer trimestre, especialmente si se han utilizado técnicas de reproducción asistida. Nosotros proponemos como tratamiento de primera elección en estos casos el quirúrgico, siendo la laparoscopia la primera opción.

RESUMEN

El diagnóstico de una gestación heterotópica en un ciclo natural tiene una probabilidad aproximada de 1:30.000 casos. La introducción de técnicas de reproducción asistida ha provocado que esta incidencia se incremente hasta un 0,2-1%. El elevado número de embriones transferidos, la transferencia directa a la trompa o el antecedente de una miomectomía previa, independientemente de los factores de riesgo propios del embarazo ectópico, se han propuesto como posibles explicaciones al gran aumento de la frecuencia.

Durante los 6 primeros meses del año 2001 se ha diagnosticado y tratado en nuestro servicio dos casos de gestación heterotópica. El primer caso, una gestación conseguida mediante FIV y el segundo, mediante IAC. En ambos casos el tratamiento fue laparoscópico.

La gestación heterotópica, aunque se trata de una situación muy poco frecuente, ha de incluirse dentro del diagnóstico diferencial en la abdominalgia de la gestante en el primer trimestre, especialmente si se han utilizado técnicas de reproducción asistida. El tratamiento de elección es quirúrgico y la laparoscopia es la opción más adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ludwig M, Kaisi M, Bauer O, Diedrich K. Heterotopic pregnancy in a spontaneous cycle: do not forget about it. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999;87:91-3.
2. Sanz C, Puig MJ, Montañés J, Casañ EM, Raga F, Bonilla-Musoles F. Gestación heterotópica: tratamiento conservador y evolución favorable de la gestación intrauterina. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:439-442.
3. Strandell A, Thorburn J, Hamberger L. Risk factors for ectopic pregnancy in assisted reproduction. *Fertil Steril* 1999;71: 282-6.
4. Raziel A, Friedler S, Herman S, Strassburger D, Maymon R, Ron-El R. Recurrent heterotopic pregnancy after repeated *in-vitro* fertilization treatment. *Hum Reprod* 1999;12: 1810-2.
5. Serour SI, Aboulghar M, Mansour R, Sattar MA, Amin Y, Aboulghar H. Complications of medically assisted conception in 3.500 cycles. *Fertil Steril* 1998;70:638-42.
6. Dessole S, Riuu GA, Cherchi PL. Coexistence of heterotopic pregnancy associated with homolateral ovarian cyst in a patient submitted to elective abortion. *Gynecol Obstet Invest* 2000;49:277-8.
7. Ludwig ML, Kaisi M, Bauer O, Diedrich K. The forgotten child-*case* of heterotopic, intraabdominal and intrauterine pregnancy carried to term. *Hum Reprod* 1999;14:1372-4.
8. Strohmer H, Obruca A, Lehner R, Egarter C, Husslein P, Feichtinger W. Successful treatment of heterotopic pregnancy by sonographically guided instillation of hyperosmolar glucose. *Fertil Steril* 1998;69:149-51.
9. Hönnigl W, Tamussino K, Lang PF. Noninvasive treatment of heterotopic pregnancy? *Fertil Steril* 1999;71:586-7
10. Scheiber MD, Cedars MI. Successful non-surgical management of heterotopic abdominal pregnancy following embryo transfer with cryopreserved-thawed embryos. *Hum Reprod* 1999;14:1375-7.
11. Pisarska MD, Casson PR, Moise KJ Jr, DiMaio DJ, Buster JE, Carson SA. Heterotopic abdominal pregnancy treated at laparoscopy. *Fertil Steril* 1998;70:159-60...