

CASOS CLÍNICOS

Gestación heterotópica: a propósito de un caso

M. Gispert, E.M. Vicedo, M.L. Monje, J.M. Marqueta

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital de Palamós. Girona. España.

SUMMARY

Heterotopic pregnancy is a rare entity whose incidence has been increasing, in the same way as ectopic pregnancy. Ultrasound scan of the adnexal area and the Pouch of Douglas is mandatory, despite seeing an intrauterine sac, and Doppler may be of help in this case.

In all cases of intrauterine miscarriage, the material must be sent to pathology to check for the presence of chorionic villae.

Maternal prognostic is always in direct relation to an early diagnosis which allows the woman to preserve her fertility, and to avoid maternal mortality due to haemoperitoneum and urgent surgical intervention.

Of the foetal prognosis, only 64-67% of the intrauterine pregnancies reach term.

INTRODUCCIÓN

The incidence of heterotopic pregnancy is low, but it appears to be increasing.

We define heterotopic pregnancy as a twin pregnancy where one implantation is intrauterine and the other extrauterine in the same patient. Extrauterine implantation can occur in different locations: tubal, 97%; abdominal, 1%; cervical, 0.1%; ovarian, 0.5%, and intramural, 0.6%.

Reviewing medical literature we find that the incidence of heterotopic pregnancy has increased since the introduction of assisted reproduction techniques. Thus, at the beginning of the 1950s figures were 1:30,000 pregnancies, and more recently values between 1:2,000 and 1:8,000 in the general population.

Aceptado para su publicación el 28 de junio de 2002.

In patients subjected to assisted reproduction, we can reach values of 1:130 in cases of in vitro fertilization and 1:70 in embryo transfer.

We must take into account that the frequency of ectopic-heterotopic pregnancies is possibly underestimated because it is difficult to distinguish spontaneous abortions from metrorrhagia accompanying extrauterine pregnancy or spontaneous interruption of ectopic pregnancy (EE) associated with intrauterine pregnancies.

The risk factors for heterotopic pregnancy are the same as for ectopic pregnancy (table 1). In the case of women subjected to assisted reproduction programs, other factors are added, such as the increase in the incidence of multiple ovulation, possible tubular malformations and techniques of embryo transfer that can increase the risk of multiple pregnancy. The last studies do not demonstrate a clear association between voluntary interruption of pregnancy (IVE) and ectopic pregnancy.

Heterotopic pregnancy is associated with a high mortality if the diagnosis is not made early. The case we present emphasizes the importance of a good differential diagnosis: normal intrauterine pregnancy, ovarian cyst or corpus luteum, appendicitis, extrauterine pregnancy, etc., in a pregnant woman with abdominal pain.

We consider this case interesting to show the problems we face in front of a difficult diagnostic situation.

CASO CLÍNICO

Gestante de 30 años con 9 semanas de amenorrea (gestación espontánea) que acudió al servicio de urgencias por dolor en fosa renal derecha de tipo cólico irradiado a hemiabdomen derecho y de varias horas de evolución, y vómitos. Metrorragia escasa de sangre oscura desde hace 4 días.

TABLA I. Factores de riesgo de embarazo heterotópico

Infecciones genitales	Tratamientos de esterilidad
Tabaquismo	Edad materna
Cirugía abdominopélvica	Exposición a fármacos antineoplásicos
DIU	Exposición a dietilestilbestrol
Anticonceptivos orales	Endometriosis con lesión tubárica
Esterilización tubárica	Insuficiencia lútea
Antecedente de gestación ectópica previa	

Con anterioridad la paciente había acudido a otro centro hospitalario por el mismo cuadro, donde le fue diagnosticada gestación intrauterina evolutiva y cólico renal derecho (aportó informe ecográfico y de urgencias).

Entre los antecedentes personales no constaban alergias medicamentosas ni otra clínica de interés. La menarquía se le había presentado a los 12 años de edad (ciclos, 4/28-30). En 1997 le fue diagnosticada gestación ectópica izquierda con salpingostomía, y en 1999 había sufrido un aborto de primer trimestre y le grado. Se le diagnosticó endometriosis (quistectomía por laparoscopia) y útero doble.

En la exploración al ingreso la paciente presentó: presión arterial, 92/50 mmHg; 80 lat/min; temperatura, 35,5 °C; buen estado general (BEG), consciente y orientada (CO), normohidratada (NH) y palidez cutánea mucosa. El abdomen era blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal, con dolor a la palpación del trayecto ureteral derecho y bimanual del riñón derecho. La palpación bimanual del riñón derecho (PPRD) resultó positiva y el tacto rectal, negativo. Los genitales eran normales. En la inspección con espéculo, el cérvix era macroscópicamente normal y había restos hemáticos en vagina, aunque sin hemorragia activa en el momento de la exploración. La paciente presentaba útero globuloso, blando, sin dolor a la movilización cervical, con anejos no palpables. El sedimento de orina reveló 10-12 leucocitos/c, 3-5 hematíes/c y ausencia de células epiteliales. El hemograma evidenció: hemoglobina, 11 g/dl; hematocrito, 32,6%; volumen corpuscular medio (VCM) 92,50 fl; 15.600 leucocitos; 245.000 plaquetas; bioquímica normal y proteína C reactiva (PCR), 11 mg/l. La ecografía obstétrica mostró un saco gestacional intrauterino con embrión de 25 mm de longitud craneocaudal (CRL) con actividad cardíaca positiva, que corresponde a 9 semanas de amenorrea, sin líquido libre. En el informe de urgencias no constan alteraciones en los anejos.

Ante la clínica descrita y las pruebas complementarias, se orientó el cuadro como gestación evolutiva con amenaza de aborto y cólico renal derecho, que-

dando ingresada en observación en urgencias con suero terapia, antiinflamatorios y antieméticos.

Ante la no mejoría del dolor y disminución de las cifras tensionales de forma progresiva, se repitió el hemograma, que mostró: hemoglobina, 6,23 g/dl, hematocrito, 17,8%; 164.000 plaquetas; tasa de protrombina, 45%. Comentado el caso con cirugía, se decidió laparotomía urgente por hemoperitoneo.

Intervención quirúrgica. Se procedió a practicar la parotomía media supra-infraumbilical identificando a la altura de cavidad hemoperitoneo de 2 l aproximadamente, trompa de Falopio derecha sangrante con tumoración de 4 × 4 cm que incluye el embrión. Útero doble y cicatrización en la trompa izquierda compatible con gestación ectópica anterior.

Se realizó transfusión de 6 concentrados de hematíes para estabilizar hemodinámicamente a la paciente.

Quedó ingresada en el servicio de ginecología con el diagnóstico de gestación heterotópica.

A las 48 horas de la intervención quirúrgica, se realizó ecografía para valoración de la gestación intrauterina identificándose embrión sin actividad cardíaca. Se realizó legrado evacuador.

Anatomía patológica. Embarazo ectópico derecho con áreas de rotura de la pared (embrión de 2 cm con signos autolíticos) y restos abortivos con fragmentos de embrión con marcada autólisis.

La paciente fue dada de alta con buen estado general y cifras sanguíneas: hemoglobina 9,94 g/dl; hematocrito 29,5%; 186.000 plaquetas, y tasa de protrombina, 85%.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico precoz en un embarazo heterotópico es el único factor que puede influir en la mortalidad materna. El diagnóstico será más fácil cuando los signos clínicos del embarazo ectópico estén en primer plano (dolor abdominal, signos de irritación peritoneal, metrorragia). Si la clínica es de amenaza de aborto, el diagnóstico es más difícil y se realiza posgrado. El cuadro también puede ser asintomático y ser diagnosticado como hallazgo ecográfico.

La alta sensibilidad de los valores de beta HCG (fracción beta de la gonadotropina coriónica humana) y la ecografía transvaginal Doppler tienen gran importancia en el diagnóstico precoz.

Ante valores de beta HCG > 1.000 mUI/ml sin visualización de saco intrauterino mediante ecografía transvaginal, la sospecha de embarazo ectópico debe ser firme. Valores demasiado elevados de beta HCG para una gestación intrauterina única o niveles mantenidos tras la evacuación permiten sospechar también la existencia de un segundo huevo.

La ecografía es útil porque permite el diagnóstico de un 88% de los casos. El diagnóstico precoz puede efectuarse entre las semanas 5 y 8 en la mayoría de los casos, con una sensibilidad para la ecografía transvaginal del 93% y del 50% para la ecografía abdominal.

La visualización de la frecuencia cardíaca fetal en los dos fetos es la única base para el diagnóstico preoperatorio seguro, pero eso casi nunca sucede.

El anexo debe ser minuciosamente examinado, pudiendo verse masas hasta en un 60% de los casos, especialmente sugestivas de embarazo ectópico si se las ve separadas del ovario. Las masas anexiales deben estudiarse con Doppler color buscando altas velocidades y bajas resistencias que se asocian con el desarrollo trofoblástico.

El error más común al hacer un diagnóstico de gestación por ecografía es la visualización de un seudosaco intrauterino como resultado de la decidualización del endometrio en respuesta a la estimulación del ectópico. El saco gestacional es el signo más precoz de embarazo intrauterino y aparece como una estructura sonoluciente implantada en la decidua endometrial. Un saco verdadero muestra un anillo hiperrefringente alrededor de él, representando la decidua capsular y parietal.

TRATAMIENTO

Nuestra actitud dependerá de múltiples factores: localización del embarazo ectópico, rotura o integridad del mismo, estado de la trompa, deseo gestacional de la paciente y otros.

El tratamiento más frecuentemente utilizado en estos casos es el quirúrgico (83%) con salpingectomía vía laparoscópica (hasta un 77% de las publicaciones recientes) o laparotomía en caso de situación hemodinámica precaria.

El tratamiento quirúrgico no parece influir en el desarrollo de la gestación intrauterina (siempre que la manipulación uterina sea mínima y la anestesia de corta duración), y no es necesaria la utilización de tocolíticos.

En caso de pacientes diagnosticadas de forma muy precoz o estables sin embarazo ectópico roto, asintomáticas, sin evidencia de embrión vivo y persistencia de valores normales de beta HCG, podemos plantearnos una conducta expectante o con tratamiento médico que por supuesto será siempre menos traumático para la madre y el feto intrauterino.

La reducción ecoguiada vía vaginal del embarazo ectópico por aspiración o inyección de sustancias varias (metrotexato, cloruro potásico, glucosa hiperosmolar) con o sin anestesia deberá ser siempre cuidadosamente planteada y valorada, ya que los resultados no están claros. Los fracasos quedan representados por la existencia de hematosalpinx y dolor abdominal. A veces puede ser necesaria la práctica de una laparoscopia diagnóstica para salir de dudas.

Posibles complicaciones pueden ser infecciones y rotura local del embarazo ectópico. Además, la inociudad de los productos empleados no está demostrada. Existe un riesgo teórico de paso a la circulación sanguínea uterina de sustancias posiblemente peligrosas para el embarazo intrauterino y la madre.

En caso de una gestación cornual, el tratamiento médico podría evitar la cirugía y sus consecuencias, recordando que si fuese necesario el tratamiento quirúrgico, se debe realizar una cesárea electiva para evitar el trabajo de parto.

CONCLUSIONES

La exposición de este caso debe servirnos para demostrar la importancia de practicar una ecografía regular, valorando anejos (patología anexial o embarazo ectópico) ante toda gestante de primer trimestre. No debemos olvidar la posible coexistencia de un embarazo ectópico con un embarazo intrauterino en toda gestante que consulta por dolor abdominal en el primer trimestre de embarazo, especialmente en aquellas pacientes que presentan factores de riesgo o antecedente de un aborto reciente.

RESUMEN

El embarazo heterotópico es una entidad poco frecuente cuya incidencia ha ido en aumento al igual que la del embarazo ectópico.

La valoración ecográfica de anejos y espacio de Douglas es obligada a pesar de verse un saco intrauterino, pudiendo ser de ayuda la utilización del Doppler.

En todos los casos de aborto intauterino el material debe ser remitido a anatomía patológica para comprobar la existencia de vellosidades coriales.

El pronóstico materno está siempre en relación directa con la precocidad del diagnóstico, que es lo que permitirá preservar la fecundidad posterior de la mujer y evitar la mortalidad materna por hemoperitoneo e intervención quirúrgica urgente. En cuanto al pronóstico fetal, solamente el 64-67% de los embarazos intrauterinos llega a término.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diallo D, Aubard Y, Piver P, Baudet JH. Heterotopic pregnancy: a report of 5 cases and review of the literature. *L Gynecol Obstet Biol Rerod (Paris)* 2000;29:131-41.
2. Harrington JC, Lyons EA. Heterotopic pregnancy. Health Sciences Centre, Department of Radiology Health Sciences Centre. Manitoba (Canadá). ([Heterotopic-pregnancy-Harrington_6335.html](#)-48K).
3. DeVoe RW, Pratt JH. Simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1948;56:1119.
4. Defrancesch F, Dileo L, Martinez J. Heterotopic Pregnancy: Discovery of ectopic pregnancy after elective abortion. *South Med J* 1999;92:330-2.
5. Churgay CA, Apgar BS. Ectopic Pregnancy: an update on technologic advances in diagnosis and treatment. *Prim Care* 1993;20:629-38.
6. Richards SR, Stempel LE, Carlton BD. Heterotopic pregnancy: Reappraisal of incidence. *Am J Obstet Gynecol* 1982;142:928.
7. Ceci O, Caradonna F, Loizzi P, Lobascio A, Bratta FG, Ferreri R, et al. Ultrasound diagnosis of heterotopic pregnancy with viable fetuses. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;52:229-31.
8. Garcia Miras R, Gallego Ramos J, Prado González J, Treilles Aguabella E. Embarazo heterotópico: presentación de un caso. *Revista Cubana Obstet Ginecol* 2001;27:34-8.
9. Fernandez H, Lelaidier C, Doumerc S. Nonsurgical treatment of heterotopic pregnancy: a report of six cases. *Fertil Steril* 1993;60:428-32.
10. Bello GV, Schonholz D, Moshirpur J, Jeng DY, Berkowitz RL. Combined pregnancy: The Mount Sinai experience. *Obst Gynecol Surv* 1986;41:603.
11. Tur F, Calvo A. Gestación combinada extra-intrauterina. *Clin Invest Ginecol Obstet* 1991;18:122-3.
12. Cooney M, Frates M, Doubilet PM. Heterotopic pregnancy. BrighamRAD. March, 1995. Disponible en: <http://brig.hamrad.harvard.edu/cases/bwh/hcache/77/full.html>