

722

Marta Padilla Castillo
Yaiza Machado Ryder
Manuel Cazorla Betancor
Rocío Acebes Tostí
Margarita Medina Castellano
Rosa Rodríguez-Mano

Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canarias. España.

Correspondencia:

Dra. M. Padilla Castillo.
Hospital Materno-Infantil de Canarias. Servicio de Obstetricia
y Ginecología
Avda. Marítima del Sur, s/n. 35016 Las Palmas de Gran Canaria.
Las Palmas. España.
Correo electrónico: padillacastillo@yahoo.es

Fecha de recepción: 25/11/05.

Aceptado para su publicación: 14/2/06.

RESUMEN

El embarazo heterotópico es la combinación del embarazo intrauterino y extrauterino. Este hecho, potencialmente fatal, no suele ocurrir en gestaciones espontáneas, por lo que su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha. Presentamos un caso de una mujer primipara de 30 años de edad, sin antecedentes de interés. Consultó por un cuadro de abdomen agudo, y tras el diagnóstico se confirmó que era debido a un embarazo heterotópico espontáneo. El embarazo ectópico se resecó por vía laparoscópica. Tras la cirugía, la gestación intrauterina progresó actualmente sin incidencias.

PALABRAS CLAVE

Gestación heterotópica. Abdomen agudo.
Laparoscopia.

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is the combination of intrauterine and ectopic pregnancy. This potentially fatal condition rarely occurs in spontaneous

Gestación heterotópica espontánea

Spontaneous heterotopic pregnancy

conception cycles and consequently its diagnosis requires a high index of suspicion. We report a case of heterotopic pregnancy in a 30-year old primipara with no known risk factors who presented with acute abdominal pain due to a spontaneous heterotopic pregnancy. The ectopic pregnancy was resected via laparoscopy. After surgery, the intrauterine pregnancy was uneventful.

KEY WORDS

Heterotopic pregnancy. Acute abdomen.
Laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico, en el que coexiste una gestación intrauterina y otra extrauterina, es un hecho cada vez más frecuente dado el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida. Sin embargo, en pacientes sin factores de riesgo, con ciclos ováricos espontáneos, continúa siendo un suceso obstétrico raro, con una frecuencia estimada de aparición menor a 1/30.000 embarazos. Dada su baja incidencia, el diagnóstico a veces es complicado, y requiere un alto índice de sospecha. Por ello, ante la vi-



Figura 1. Gestación intrauterina de 8 semanas con actividad cardíaca positiva. Líquido libre en el fondo de saco de Douglas.



Figura 2. Gestación extrauterina de 8 semanas con actividad cardíaca positiva.

sualización de una gestación intrauterina, nunca deberíamos descartar la posible presencia de un embarazo ectópico.

Se presenta a continuación un caso de embarazo heterotópico espontáneo ocurrido en nuestro servicio.

CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años de edad, con un parto eutóxico previo, sin antecedentes personales de interés. Tras un cuadro de 10 días de evolución, caracterizado por sangrado vaginal intermitente, náuseas, vómitos y dolor abdominal, se realiza un test de embarazo con resultado positivo, por lo que acude a nuestro servicio de urgencias. La paciente se encuentra hemodinámicamente estable y afebril; en el examen ginecológico destaca un útero discretamente aumentado de tamaño, y dolor a la palpación sobre el anejo derecho, con signos de irritación peritoneal; presenta una concentración de hemoglobina de 10,8 g/dl, estando el resto de parámetros de la analítica dentro de la normalidad (hemograma, coagulación, bioquímica básica y sistemático de orina).

El examen ecográfico transvaginal muestra una gestación intrauterina activa de 8 semanas (fig. 1), y otra gestación con embrión de 8 semanas entre el útero y el ovario derecho, también con actividad cardíaca (fig. 2). El fondo de saco de Douglas está

ocupado por una moderada cantidad de líquido libre.

Se realiza una laparoscopia urgente, que revela un útero grávido, con engrosamiento en el tercio medio de la trompa derecha, que presenta un punto de sangrado activo. Se constata un hemoperitoneo de 200 ml. El anejo izquierdo es normal y el ovario derecho presenta una formación compatible con cuerpo lúteo. Se realiza una salpingectomía derecha de forma reglada, que transcurre sin incidencias; la pieza fue remitida al servicio de anatomía patológica, donde se confirma la presencia de un embarazo ectópico.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria y la gestación evoluciona sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La gestación heterotópica es relativamente frecuente en los procedimientos de técnicas de reproducción asistida, tanto por el desarrollo supernumerario folicular como por la existencia de un mayor factor tubárico y pélvico en las pacientes infériles¹. Sin embargo, su aparición en los ciclos ováricos espontáneos de pacientes sin antecedentes de interés es inferior a 1/30.000 gestaciones. De hecho, en una de las mayores series publicadas que implica a 12 gestaciones heterotópicas², sólo una se produjo en ausencia de estimulación de la ovulación. Dada

724

su baja frecuencia, el diagnóstico requiere un alto índice de sospecha³. Así, Perkins⁴ destaca el hecho de que en sus 2 casos hubo un retraso en el diagnóstico del componente ectópico. Además, hay que tener en cuenta que las manifestaciones clínicas del embarazo heterotópico pueden superponerse a la de otras entidades, como un cuerpo lúteo hemorrágico en presencia de un embarazo intrauterino, lo que puede conllevar un error diagnóstico⁵.

Además de la cirugía, principalmente por vía laparoscópica, para resolver el componente ectópico, algunos autores han descrito la posibilidad de realizar otros tratamientos más conservadores, cuando el diagnóstico es precoz y la paciente está asintomáti-

ca. Es el caso de Salomon⁶, que describe el primer caso de embarazo en la cicatriz uterina de una cesárea previa, asociado con una gestación intrauterina. En este caso se administró, por vía vaginal y con control ecográfico, una inyección intratorácica de cloruro potásico, que consiguió detener la actividad cardíaca del embarazo ectópico. La misma técnica fue usada por Ghazeeri⁷, aunque en este caso la gestación ectópica es de localización cornual.

Sea cual sea el manejo del componente ectópico, parece evidente que el diagnóstico certero y el tratamiento precoz permiten una evolución favorable, tanto de la madre como de la gestación intrauterina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez-González M, Valencia I, Pellicer A, Remohí J. Gestación heterotópica tras ciclo de fecundación in vitro con diagnóstico preimplantatorio. *Prog Obstet Ginecol.* 2003; 46:91-5.
2. Soriano D, Shrim A, Seidman DS, Goldenberg M, Mashiah S, Oelsner G. Diagnosis and treatment of heterotopic pregnancy compared with ectopic pregnancy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002;9:352-8.
3. Cheng PJ, Chueh HY, Qiu JT. Heterotopic pregnancy in a natural conception cycle presenting as hematometra. *Obstet Gynecol.* 2004;104:1195-8.
4. Perkins JD, Mitchell MR. Heterotopic pregnancy in a large inner-city hospital: a report of two cases. *J Natl Med Assoc.* 2004;96:363-6.
5. Somers MP, Spears M, Maynard AS, Syverud SA. Ruptured heterotopic pregnancy presenting with relative bradycardia in a woman not receiving reproductive assistance. *Ann Emerg Med.* 2004;43:382-5.
6. Salomon LJ, Fernández H, Chauveaud A, Doumerc S, Frydman R. Successful management of a heterotopic caesarean scar pregnancy: potassium chloride injection with preservation of the intrauterine gestation: case report. *Hum Reprod.* 2003; 18:189-91.
7. Ghazeeri GS, Phillips OP, Emerson DS, Kutteh WH, Ke RW. Live birth after treatment of a heterotopic corneal pregnancy with fetal intrathoracic KCl. A case report. *J Reprod Med.* 2002;47:1038-40.