

Rosa María Martínez Cabañero^a
María Cerrillo Martínez^b
Amparo Argüello González^a
Carmen Ángel Parra^a
M. Dolores Díaz Serrano^a
Gaspar González de Merlo^a

^aGinecología y Obstetricia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

^bIVI. Madrid. España.

Correspondencia:

Dra. R.M. Martínez Cabañero.
Unidad de Ginecología y Obstetricia.
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.
Hermanas Falcó, s/n. Albacete. España.
Correo electrónico: rosamartinezc@hotmail.com

Fecha de recepción: 7/2/2007.

Aceptado para su publicación: 17/12/2007.

Gestación heterotópica espontánea. Diagnóstico ecográfico y tratamiento laparoscópico

567

Spontaneous heterotopic pregnancy. Transvaginal ultrasound diagnosis and laparoscopic treatment

RESUMEN

Se denomina embarazo heterotópico a la coexistencia de un embarazo intrauterino con otro extrauterino. Es una entidad infrecuente, que aparece con mayor frecuencia en pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida. Presentamos el caso de una paciente con una gestación heterotópica espontánea que fue diagnosticada mediante ecografía transvaginal. Se realizó una salpingectomía por vía laparoscópica de forma exitosa. La gestación intrauterina cursó sin complicaciones. Realizamos una revisión de la literatura científica de los factores de riesgo de embarazo heterotópico, las técnicas diagnósticas y las opciones terapéuticas.

PALABRAS CLAVE

Gestación heterotópica. Diagnóstico ecográfico. Laparoscopia.

ABSTRACT

Heterotopic pregnancy is defined as a simultaneous intrauterine and extrauterine pregnancy. It is a rare event, which appears with major frequency in patients submitted to assisted reproductive technologies (ARTs).

We reported the case of Patient with one spontaneous heterotopic gestation, that was diagnosed by transvaginal ultrasound. A laparoscopic salpingectomy was realized successfully. The intrauterine pregnancy ended without complications.

Review of the published literature about the risk factors for heterotopic pregnancy, the diagnostic tests and the therapeutical options was performed.

KEY WORDS

Heterotopic pregnancy. Transvaginal ultrasound diagnosis. Laparoscopic treatment.

568 INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico es una situación extremadamente infrecuente, con una incidencia de 1:30.000/1:50.000 en gestaciones espontáneas^{1,2}. Esta incidencia ha aumentado en la última década debido al incremento de la enfermedad pélvica y al uso de técnicas de reproducción asistida. En estos casos, se sitúa entre 1:100 y 1:500 ciclos².

La ecografía endovaginal es fundamental para el diagnóstico precoz, que en ocasiones es difícil. La gestación heterotópica se diagnostica cuando la paciente presenta complicaciones agudas, como la rotura tubárica o el hemoperitoneo grave.

La laparotomía es el procedimiento quirúrgico más empleado en la gestación heterotópica, por la inestabilidad clínica que en numerosas ocasiones presenta la paciente³, aunque la laparoscopia se considera una técnica menos agresiva que puede beneficiar a la gestación intrauterina².

A continuación se presenta un caso de gestación heterotópica espontánea que se diagnosticó ecográficamente y fue tratado con éxito mediante salpingectomía laparoscópica. La gestación intrauterina se desarrolló sin complicaciones.

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años, portadora del virus de la inmunodeficiencia humana, en tratamiento. Entre los antecedentes obstétricos destacamos dos partos eutócicos, un aborto precoz que precisó legrado y un embarazo ectópico en trompa derecha tratado con metotrexato 4 meses antes.

Acudió al servicio de urgencias ginecológicas con 7 semanas de gestación (conseguida de forma espontánea) por sangrado vaginal escaso de varias horas de evolución. Las constantes eran normales. La exploración fue normal, salvo escasos restos hemáticos en vagina.

La ecografía mostraba un saco gestacional intrauterino con un embrión de 10 mm y embriocardio positivo (fig. 1). El anejo derecho era normal. Por debajo del ovario izquierdo se objetivaba un saco gestacional de 30 x 21 mm. En su interior se distinguía un embrión de 6 mm con actividad cardíaca positiva (fig. 2).



Figura 1. Embrión de 10 mm intrauterino.

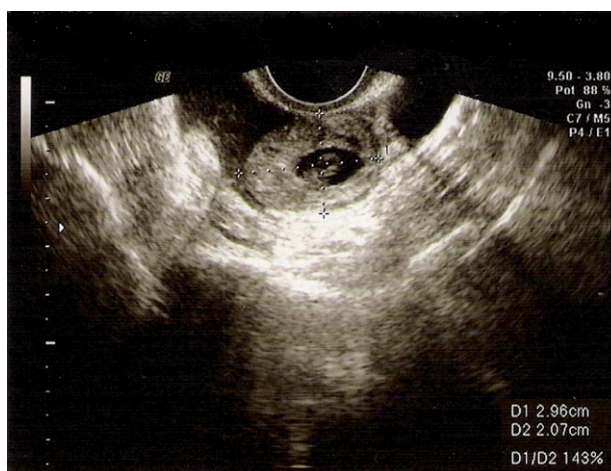


Figura 2. Embrión de 6 mm extrauterino.

La analítica era normal. La paciente se encontraba estable y se realizó una laparoscopia que mostró una gestación ampular izquierda íntegra y escasa cantidad de sangre en el saco de Douglas. Se realizó una salpingectomía izquierda sin complicaciones (fig. 3). El postoperatorio cursó con normalidad y la paciente fue dada de alta a las 48 h. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de gestación tubárica izquierda (fig. 4).

La paciente ingresó en semana 36 en fase activa de parto. Fue un parto eutócico y monitorizado. El



Figura 3. Trompa izquierda con gestación ectópica íntegra.

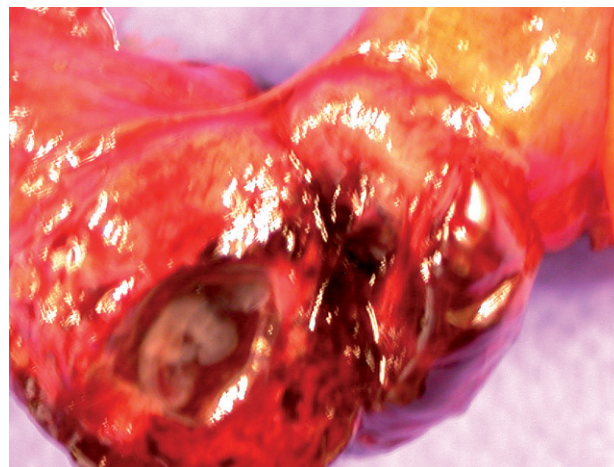


Figura 4. Corte longitudinal de trompa izquierda donde se aprecia el embrión ectópico.

recién nacido fue un varón de 2.770 g, con una puntuación en la prueba de Apgar de 9/10.

DISCUSIÓN

Como hemos comentado, la baja incidencia de la gestación heterotópica complica su diagnóstico precoz. No se han descrito muchos casos en la literatura médica; la primera gestación heterotópica la describió Duverney en 1708 en los hallazgos de una autopsia.

Al parecer, la incidencia es mayor en pacientes que se han sometido a técnicas de reproducción asistida, aunque el embarazo heterotópico también puede aparecer en gestaciones espontáneas, como es el caso que presentamos.

En ocasiones, la visualización de un embarazo intrauterino nos hace descartar la existencia conjunta de un embarazo ectópico. Pero ante pacientes con determinados factores de riesgo debemos contemplar esta posibilidad diagnóstica, principalmente en mujeres en las que se han utilizado inductores de la ovulación, y en aquellas con patología tubárica que precisa de técnicas de fecundación *in vitro*¹, además de pacientes con antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica, portadoras de dispositivos intrauterinos, cirugía pélvica previa y aquellas con gestación ectópica anterior¹, como es el caso de la paciente que presentamos. Según estudiaron algunos autores,

el 50% de las gestantes que desarrollaron un embarazo heterotópico habían tenido un embarazo ectópico en una o más ocasiones⁴. No obstante, este tipo de gestaciones puede aparecer en mujeres sin factores de riesgo.

La presentación clínica de la gestación heterotópica es muy variada, desde dolor abdominal, shock hipovolémico y anemia hasta pacientes asintomáticas. Sólo el 50% de las pacientes presentan hemorragia vaginal; esto ocurre cuando la gestación intrauterina se complica con un hematoma retroplacentario¹. En nuestro caso, la paciente consultó por *spotting*, aunque no constatamos la presencia de un hematoma retroplacentario intrauterino.

Algunos autores⁵ han destacado la importancia de un diagnóstico precoz, lo que posibilitará una cirugía laparoscópica con una mínima mortalidad materno-fetal. El diagnóstico precoz de estas gestaciones resulta difícil, ya que la clínica inicial es muy inespecífica y otros datos, como los valores séricos de gonadotropina coriónica humana beta, están dentro de los límites de la normalidad, por lo que no serán útiles en el diagnóstico⁶.

El diagnóstico se basará fundamentalmente en la ecografía transvaginal; lo conseguiremos en el 40% de las pacientes, y éste se verá facilitado cuando el feto del saco gestacional ectópico presenta actividad cardíaca¹. El resto de los casos se diagnosticarán por la sintomatología clínica de urgencia o tras realizar una laparoscopia o laparotomía.

A la hora de valorar las distintas posibilidades terapéuticas hay que tener en cuenta el estado de la trompa, la localización de la implantación, tamaño del embarazo y experiencia del cirujano^{1,3}. La laparoscopia quirúrgica es un tratamiento efectivo y con baja morbilidad. Aunque para algunos autores es la salpingectomía mediante minilaparotomía el mejor procedimiento⁷. Sin embargo, existen otras publicaciones⁸ en las que no se encuentran diferencias en cuanto a la morbilidad materno-fetal al comparar laparoscopia con laparotomía. La salpingectomía laparoscópica o por laparotomía es el tratamiento más habitual⁹ (practicada en el 77% de los casos³). Dada la estabilidad clínica y hemodinámica de nuestra paciente, optamos por la laparoscopia quirúrgica y realizamos una salpingectomía.

Otros autores prefieren técnicas más conservadoras para tratar la gestación ectópica, como la salpingocentesis (inyección transvaginal de glucosa hiper-

osmolar)¹⁰, CLK⁶, metotrexato¹¹ o prostaglandinas¹². Se prefiere el CLK, ya que las prostaglandinas estimulan contracciones uterinas, que podrían producir un aborto de la gestación intrauterina y el metotrexato puede resultar teratogénico para la gestación bien implantada. Algunos casos se pueden resolver de manera espontánea, pero su seguimiento es difícil, ya que los valores de gonadotropina coriónica humana beta no son de utilidad⁷.

La gestación intrauterina cuenta con un buen pronóstico en el 70% de los casos. En nuestro caso, la gestación intrauterina finalizó mediante parto eutócico en la semana 36.

Como conclusión, podríamos decir que el embarazo heterotópico es una entidad de baja incidencia que debe sospecharse en pacientes con factores de riesgo. En su diagnóstico será fundamental la ecografía transvaginal, que permitirá una rápida actuación médica, disminuyendo la morbilidad materno-fetal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz N, Mozo de Rosales F, Juarros B, Marqués M, Feliú P, Martínez-Astorquiza T. Tratamiento clásico en dos gestaciones heterotópicas. *Prog Obstet Ginecol*. 2000;43:157-60.
2. Franke C, Röhrborn A, Thiele H, Glatz J. Combined intrauterine and extrauterine gestation. A rare cause of acute abdominal pain. *Arch Gynecol Obstet*. 2001;265:51-2.
3. Martín-Loeches M, López Sánchez P, Rubio M, López-Madrado JL, Strawzeski A, García-Escobar JL. Tratamiento laparoscópico de dos casos de embarazo heterotópico. *Prog Obstet Ginecol*. 1999;42:460-3.
4. Tal J, Haddad S, Gordon N, Timor-Trisch I. Heterotopic pregnancy alter ovulation induction and assisted reproductive Technologies: a literature review from 1971 to 1993. *Fertil Steril*. 1996;66:1-12.
5. Fa EM, Gersovich EO. High resolution ultrasound in the diagnosis of heterotopic pregnancy: combined transabdominal and transvaginal approach. *Br J Obstet Gynaecol*. 1993;100:871-2.
6. Fernandez H, Lelaidier C, Doumerc S, Fournet P, Olivennes F, Frydman R. Nonsurgical treatment of heterotopic pregnancy. *Fertil Steril*. 1993;60:428-32.
7. Giacomello F, Larciprete G, Valensise H, Romanini C. Spontaneous heterotopic pregnancy with live embryos: an insidious echographic problem in the first trimester. Therapeutic problems. A clinical case and review of the literature. *Minerva Ginecol*. 1998;50:151-5.
8. Louis-Sylvestre C, Morice P, Chapron C, Dubuisson JB. The role of laparoscopy in diagnosis and management of heterotopic pregnancies. *Human Reproduction*. 1997;12:1100-2.
9. Del Palacio R, Bermejo A, Sierra Y, Orué MP, Rodríguez A. Embarazo heterotópico e hiperestimulación ovárica. *Prog Obstet Ginecol*. 2004;47:584-7.
10. Storohmer H, Obruca A, Lehner R, Egarter C, Husslein P, Feichtinger W. Successful treatment of a heterotopic pregnancy by sonographically guided instillation of hyperosmolar glucose. *Fertil Steril*. 1998;69:149-51.
11. Feichtinger W, Kemeter P. Conservative treatment of ectopic pregnancy by transvaginal aspiration under sonographic and methotrexate injection. *Lancet*. 1987;1:381-2.
12. Egarter C, Husslein P. Treatment of tubal pregnancy by prostaglandins. *Lancet*. 1988;1:1104-5.