

194 **Teresa Campelo Martínez^a**
Carlos Pérez Verdugo^a
Victoria San Román Sigler^b
José María Aritzeta Iraola^a

^aServicio de Ginecología. Hospital de Galdakao-Usánsolo. Galdakao. Vizcaya. España.

^bServicio de Ginecología. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

Correspondencia:
Dra. T. Campelo Martínez.
C/Capitán Mendizábal, 41. 1.^a, Int. Derecha. 48980 Santurce (Vizcaya). España.
Correo electrónico: tete9972@yahoo.es

Fecha de recepción: 11/12/2007.
Aceptado para su publicación: 16/9/2008.

RESUMEN

Nuestro objetivo es aportar un caso clínico de gestación heterotópica, interesante por su baja incidencia, y sus graves complicaciones por no diagnosticarse de forma temprana. La mayoría de las gestaciones heterotópicas descritas se producen tras tratamientos con técnicas de fecundación *in vitro*, menos frecuente tras inseminación artificial y excepcional en gestaciones espontáneas. Nuestro objetivo es resaltar el incremento de este tipo de gestaciones en los últimos años debido a técnicas de reproducción asistida y la importancia de su diagnóstico temprano.

La gestación heterotópica está incrementando su incidencia debido a las técnicas de reproducción asistida, su frecuente debut tras la rotura de la gestación ectópica, hace que se convierta en una urgencia ginecológica por el importante sangrado materno que se produce y requiere de una actuación rápida. De ahí, remarcar la importancia de su diagnóstico por otra parte difícil, en fases asintomáticas y su sospecha ante un cuadro de dolor abdominal asociado a hemoperitoneo en una gestación intrauterina conseguida con técnicas de reproducción asistida.

Gestación heterotópica en inseminación artificial

Heterotopic pregnancy in artificial insemination

PALABRAS CLAVE

Embarazo heterotópico. Reproducción asistida. Técnicas de reproducción asistida.

ABSTRACT

We report a case of heterotopic pregnancy, which is of interest due to its low incidence and the serious complications that can ensue when diagnosis is delayed. Most of the heterotopic pregnancies described occurred after *in vitro* fertilization techniques. These pregnancies are less frequent after artificial insemination and are exceptional in spontaneous pregnancies. Our objective is to emphasize the increase in this type of pregnancy in the last few years due to assisted reproduction techniques and to highlight the importance of early diagnosis.

The incidence of heterotopic pregnancy is increasing due to the use of assisted reproduction techniques. This entity frequently presents after rupture of the ectopic pregnancy, leading to a gynecological emergency due to maternal bleeding, and requires prompt treatment. Consequently, we

stress the importance of diagnosis, which is difficult, in the asymptomatic phase. Furthermore, a high index of suspicion should be maintained in abdominal pain associated with hemoperitoneum in an intrauterine pregnancy obtained after assisted reproduction techniques.

KEY WORDS

Heterotopic pregnancy. Assisted reproduction. Assisted reproduction techniques.

INTRODUCCIÓN

La gestación heterotópica se define como la existencia de una gestación eutópica (intrauterina) y otra ectópica (tubárica, cervical, cornual o abdominal). La incidencia de la gestación heterotópica se ha incrementado en los últimos años debido a las técnicas de reproducción asistida. Se estima que en la población general hay una incidencia de 1:4.000 a 1:7.000. La incidencia con técnicas de fecundación in vitro es, aproximadamente, de 1:100. La incidencia tras inseminación artificial es difícil de precisar, ya que en la literatura científica la mayoría de los casos son tras fecundación in vitro y no hay datos concretos tras inseminación artificial.

CASO CLÍNICO

Mujer de 38 años que acudió a urgencias por un cuadro de mareo y pérdida de conocimiento en su domicilio. Presentaba antecedentes de esterilidad secundaria por 3 años (un embarazo y parto normal, 2 abortos diféridos), con estudio básico normal, y gestación intrauterina evolutiva de 8 semanas de amenorrea tras el tercer ciclo de inseminación artificial de pareja practicada en otro centro médico, con indicación de estimulación ovárica con 150 U de hormona foliculostimulante, diarias durante 8 días (Gonal-f laboratorios Serono, Madrid) y 250 µg de gonadotropina coriónica humana (Ovitrelle, laboratorios Serono, Madrid), y posterior inseminación intrauterina a las 12 y a las 36 h. Refería dolor hipogástrico leve de 3 días de evolución y dolor abdominal difuso, intenso y brusco desde hacía 2 h.



Figura 1. Gestación intrauterina: embrión con longitud craneocaudal de 15 mm (8 semanas); latido cardíaco positivo (ecografía transvaginal).



Figura 2. Hemoperitoneo (ecografía transabdominal).

En la exploración al ingreso, presentaba inestabilidad hemodinámica con hipotensión y signos de abdomen agudo. La ecografía transabdominal objetivó una gestación intrauterina con latido cardíaco y abundante líquido libre abdominal. Tras la estabilización de la paciente, se realizó una laparoscopia urgente. Los hallazgos quirúrgicos fueron: hemoperitoneo, aproximadamente de 1.500 ml, rotura y sangrado activo por embarazo ampular derecho, hipertrofia uterina e hiperestimulación ovárica leve. Se practicó una salpingectomía derecha laparoscópica y un lavado abdominal laborioso.

196

En la evolución postoperatoria no presentó incidencia y se dio el alta a la paciente a las 24 h.

El resultado anatomopatológico informó de gestación ectópica en la trompa derecha.

En la actualidad, el embarazo intrauterino evoluciona favorablemente, con ecografías normales a la 12 y 20 semanas de amenorrea.

DISCUSIÓN

El embarazo heterotópico es un cuadro clínico de alto riesgo, de diagnóstico habitualmente tardío, potencialmente mortal y que puede requerir una actuación de extrema urgencia. Su baja incidencia ha experimentado un notable incremento por el auge de la fecundación in vitro. Se desconoce si también se relaciona con la inseminación artificial; en la bús-

queda bibliográfica efectuada en Medline no se encontró ningún caso de gestación heterotópica tras inseminación artificial, como fue nuestro caso. El diagnóstico temprano sólo es posible manteniendo una actitud de alta sospecha, sobre todo en el contexto de metrorragia o dolor pélvico en una gestación tras un tratamiento por esterilidad. Se basará en la ecografía (tumoración anexial, cervical o cornual o hemoperitoneo coexistiendo con gestación eutópica); las determinaciones séricas de gonadotropina coriónica beta sérica de escasa ayuda.

El tratamiento habitual del embarazo heterotópico tubárico es quirúrgico, salpingectomía o salpingostomía, según los criterios habituales. La vía laparoscópica que nosotros utilizamos es preferible, pero precisa de un cirujano entrenado y de la capacidad del anestesiólogo para mantener hemodinámicamente estable a la paciente.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Abusheikha N, Slaha O, Brinssden P. Extrauterine pregnancy following assisted conception treatment. *Hum Reprod Update*. 2000;5:80-2.
- Dumesic DA, Damario MA, Session SR. Interstitial heterotopic pregnancy in a woman conceiving by in vitro fertilization after bilateral salpingectomy. *Mayo Clin Proc*. 2001;75:1030-3.
- Ferazzi E, Leone FP, Bignardi T, Pigni A, Muggiasca ML. Conservative sonographic-based management of a heterotopic triplet cervical and intrauterine pregnancy following intracytoplasmatic sperm injection: a case report. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004;24:292.
- Hanf V, Dietl J, Gagsteiger F. Bilateral tubal pregnancy with intrauterine gestation after IV-ET: therapy by bilateral laparoscopic salpingectomy; a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1990;37:87-90.
- Libodu OA, Darne FJ. Spontaneous heterotopic pregnancy presenting with tubal rupture. *Human Reprod*. 1997;12:1098-9.
- Loret de Mola JR, Austin CM, Judge NE, Assel BG, Peskin B, Goldfarb JM. Cornual heterotopic pregnancy and cornual resection after in vitro fertilization/embryo transfer. A report of two cases. *J Reprod Med*. 1995;40:606-10.
- Moosburger D, Tews G. Severe ovarian hyperstimulation syndrome and combined intrauterine and tubal pregnancy after in-vitro fertilization and embryo transfer. *Hum Reprod*. 2002;17:1163-6.
- Nass Duce M, Özer C, Egilmez H, Apaydin FD, Yıldız A, Kara E. Heterotopic pregnancy: case report. *Abdom Imaging*. 2002;27:677-9.
- Pusarka MD, Casson PR, Moise KJ Jr, Dimaio DJ, Buster JE, Carson SA. Heterotopic abdominal pregnancy treated at laparoscopy. *Fertil Steril*. 1998;70:159-60.
- Rizk B, Tan SL, Morcos S, Riddle A, Brinsden P, Mason BA, et al. Heterotopic pregnancy after in Vitro fertilization and embryo transfer. *Am J Obstet Gynecol*. 1991;164:161-4.
- Sherer DM, Scibetta JJ, Sanko SR. Heterotopic quadruplet gestation with laparoscopic resection of ruptured interstitial pregnancy and subsequent successful outcome of triplets. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;172:216-7.
- Shibahara H, Suzuki T, Wada T, Ohno T, Yamauchi A, Tsunoda T, et al. Bilateral tubal pregnancies after the termination of intrauterine pregnancy following gamete intrafallopian transfer. *Reprod Med & Biol*. 2002;1:65-7.