

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Gestación heterotópica espontánea de 9 semanas con ambos embriones con actividad cardíaca positiva

M.J. Coronel Villarán^{a,*}, M. Domínguez González^b, A. Holgado Fernández^a
y A. Martín Gutiérrez^a

^a Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera, Cádiz, España

^b Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de la Línea, Cádiz, España

Recibido el 9 de marzo de 2011; aceptado el 8 de noviembre de 2011

Disponible en Internet el 17 de diciembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Gestación heterotópica;
Embarazo;
Laparoscopia

KEYWORDS

Heterotopic pregnancy;
Pregnancy;
Laparoscopy

Resumen El embarazo heterotópico se define como la presencia de embarazos de forma simultánea en lugares de implantación diferentes. La incidencia de embarazo heterotópico espontáneo se estima que ocurre en 1 de cada 30.000 a 50.000 embarazos. Presentamos un caso de gestación heterotópica espontánea en una gestante de 27 años, con 2 sacos gestacionales evolutivos de localización intrauterina y trompa izquierda, ambos embriones con actividad cardíaca positiva y longitud cefalocaudal acorde a 9 semanas.

© 2011 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Spontaneous heterotopic pregnancy at nine weeks with positive cardiac activity in both embryos

Abstract Heterotopic pregnancy is defined as the presence of simultaneous pregnancies in distinct implantation sites. The incidence of spontaneous heterotopic pregnancy is estimated to be 1 in 30,000 to 50,000 pregnant women. We report a case of spontaneous heterotopic pregnancy in a 27-year-old woman, with two gestational sacs located in the uterus and left tube. Both embryos showed positive cardiac activity and a crown-to-rump length compatible with a 9-week pregnancy.

© 2011 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El embarazo heterotópico se define como la presencia de embarazos de forma simultánea en lugares de implantación

diferentes. La mayoría de las veces son una combinación de embarazo intrauterino y embarazo ectópico en lugar de dos embarazos ectópicos. La mayoría de los embarazos ectópicos ocurren en la trompa de Falopio (90%), sin embargo se han descrito implantación en el cuello uterino, el ovario, la cavidad abdominal y en la cicatriz de cesárea¹.

Presentamos un caso de gestación heterotópica espontánea en gestante de 27 años, con 2 sacos gestacionales

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(M.J. Coronel Villarán\).](mailto:meryllous@hotmail.com)

evolutivos de localización intrauterina y trompa izquierda, ambos embriones con actividad cardíaca positiva y longitud cefalocaudal acorde a 9 semanas.

Caso clínico

Paciente de 27 años, que acude al servicio de Urgencias Materno-Infantil del Hospital de Jerez por dolor abdominal intenso de horas de evolución y metrorragia de 2 semanas tras amenorrea de 2 meses de evolución.

Como antecedentes personales se encuentran: anemia crónica sin tratamiento; sin alergia a medicamentos; grupo sanguíneo B negativo. Los antecedentes obstétricos son un aborto y un parto eutóxico sin incidencias. FUR: 31/01/10.

En la exploración presenta mal estado general, palidez cutáneomucosa, PA 100/66 mm Hg, abdomen con defensa, signo de Blumberg positivo y dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca izquierda.

Mediante ecografía transvaginal se observa un saco gestacional intraútero con embrión AC+, longitud cefalocaudal de 25 mm (acorde a 9 semanas) y otro saco gestacional en anejo izquierdo con embrión AC+, longitud cefalocaudal 19,8 mm (acorde a 8 + 5 sem). El anejo derecho se observa normal y se aprecia líquido libre en el saco de Douglas (fig. 1).

Ante el diagnóstico de gestación heterotópica se decide intervenir quirúrgicamente de urgencias, realizándose salpingiectomía izquierda por laparoscopia (fig. 2).

El post-operatorio fue favorable, y en el control ecográfico se comprobó gestación intrauterina evolutiva acorde al tiempo de amenorrea.

No se administra vacuna anti-D al continuar con otra gestación evolutiva.

La hemoglobina pasó de 11,2 a 7,6 g/dl por lo que se pautó ferroterapia por vía oral, y no fue necesaria la transfusión de concentrado de hematíes.

La paciente solicita alta voluntaria. La paciente no acudió a ningún control de embarazo. Regresó al centro hospitalario a las 40 semanas de gestación por trabajo de parto. Nace un varón de 3.175 g con test de Apgar 9/10 mediante parto eutóxico sin incidencias.

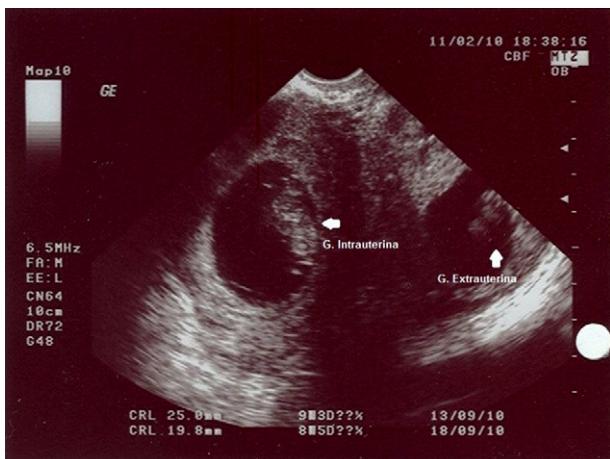


Figura 1 Imagen ecográfica de gestación heterotópica.



Figura 2 Salpingiectomía por laparoscopia.

Discusión

La incidencia estimada de embarazo heterotópico espontáneo es de uno de cada 30.000-50.000 embarazos². Con el incremento de las técnicas de reproducción asistida (TRA), incluyendo inducción-ovulación, la inseminación artificial y la fertilización in vitro, la incidencia global de embarazo heterotópico ha aumentado a aproximadamente uno de cada 3.900 embarazos³. Un análisis de todos los embarazos registrados en Estados Unidos desde 1999 hasta 2002 reportó una incidencia de embarazo heterotópico de 1,5 por cada 1.000 embarazos⁴.

La presentación clínica de los embarazos heterotópicos es similar a los síntomas de amenaza de aborto y embarazo ectópico en otras localizaciones. Los síntomas son muy inespecíficos y puede variar desde ser un cuadro asintomático a dolor abdominal, tumoración anexial, irritación peritoneal, sangrado vaginal y aumento del tamaño uterino hasta hemoperitoneo y shock hipovolémico².

Estas pacientes suelen ser diagnosticadas a una edad gestacional más avanzada que en el embarazo ectópico aislado, porque cuando se diagnostica ecográficamente una gestación intrauterina, con frecuencia no se valora la posibilidad de un embarazo ectópico adicional.

Debido a este motivo, hay una gran incidencia de rotura en el momento del diagnóstico¹. La rotura puede manifestarse con abdomen agudo y shock hemodinámico.

El diagnóstico se basa en la anamnesis, clínica, exploración y el estudio ecográfico: signos ecográficos indicativos de embarazo heterotópico son la presencia de saco gestacional intraútero y una masa anexial compleja que puede estar acompañada de líquido libre. Es menos habitual poder distinguir claramente la presencia de saco gestacional con embriones y actividad cardíaca como ocurre en nuestro caso.

La presencia de líquido libre es un signo que puede hacer sospechar una rotura. Hay que ser cuidadosos en el caso de ascitis asociada a síndrome de hiperestimulación ovárica⁵.

Los niveles de gonadotropina coriónica humana (HCG) no son útiles, ya que reflejan principalmente el embarazo intrauterino. La ecografía Doppler puede ayudar a determinar los patrones de flujo sanguíneo placentario en localizaciones extrauterinas⁶.

El tratamiento del embarazo ectópico debe adaptarse al lugar de implantación y debe recurrir a la terapia menos invasiva para mantener la gestación intrauterina coexistente.

El tratamiento médico sistémico con metotrexato está contraindicado en presencia de una gestación intrauterina viable⁵.

La salpingectomía es el tratamiento quirúrgico habitual de una gestación tubárica coexistente, y debe ser la primera línea de tratamiento en pacientes con inestabilidad hemodinámica u otros signos de rotura tubárica. El abordaje laparoscópico es deseable si el paciente está hemodinámicamente estable y es la vía de elección en nuestro centro¹.

En manos de expertos, si el embarazo no se ha roto, la inyección local del saco gestacional mediante control eco-gráfico es un tratamiento eficaz. Las sustancias utilizadas en la inyección deben tener una alta efectividad terapéutica con baja toxicidad para el embarazo intrauterino, y no producir daños permanentes a la trompa de Falopio. Dos opciones son el cloruro de potasio (KCL) y la glucosa hiperosmolar⁷.

Una revisión de la literatura médica de 11 casos de embarazo heterotópico tratados con inyección de cloruro potásico informó de que 6 casos (55%) no respondieron a esta terapia y fue necesaria la intervención quirúrgica⁸.

Por último, cabe señalar que uno de cada 3 embarazos intrauterinos coexistentes son abortos de forma espontánea; esta tasa es más elevada que en el embarazo único intrauterino¹.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Barrenetxea G, Barinaga-Rementeria L, Lopez de Larruzea A, et al. Heterotopic pregnancy: two cases and a comparative review. *Fertil Steril*. 2007;87:417.
2. Reece EA, Petrie RH, Sirmans MF, Finster M, Todd WD. Combined intrauterine and extrauterine gestations: a review. *Am J Obstet Gynecol*. 1983;146:323.
3. Seeber BE, Barnhart KT. Suspected ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2006;107:399.
4. Clayton HB, Schieve LA, Peterson HB, Jamieson DJ, Reynolds MA, Wright VC. A comparison of heterotopic and intrauterine-only pregnancy outcomes after assisted reproductive technologies in the United States from 1999 to 2002. *Fertil Steril*. 2007;87:303.
5. Louis-Sylvestre C, Morice P, Chapron C, Dubuisson JB. The role of laparoscopy in the diagnosis and management of heterotopic pregnancies. *Hum Reprod*. 1997;12:1100.
6. Cheng PJ, Chueh HY, Qiu JT. Heterotopic pregnancy in a natural conception cycle presenting as hematometra. *Obstet Gynecol*. 2004;104:1195.
7. Goldberg JM, Bedaiwy MA. Transvaginal local injection of hyperosmolar glucose for the treatment of heterotopic pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2006;107:509.
8. Goldstein JS, Ratts VS, Philpott T, Dahan MH. Risk of surgery after use of potassium chloride for treatment of tubal heterotopic pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2006;107:506.