

CASOS CLÍNICOS

## Embarazo heterotópico espontáneo presentado como un abdomen agudo

V. Corraliza, F. Vicandi, M.A Granados y L. Chiva

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

### SUMMARY

Heterotopic pregnancies are unusual, and their incidence increases when ovulation stimulating agents are used. Their early diagnosis is difficult, and in the majority of cases there is intraperitoneal haemorrhage. Facing a situation of abdominal pain and intrauterine pregnancy this possibility must be thought of. The ectopic pregnancy will be treated surgically, and the uterine one left to develop. Results are excellent, and a high percentage of cases have a normal evolution of the intrauterine pregnancy.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias de nuestro hospital en la semana 7 más 4 de gestación con clínica de dolor intenso en la fosa ilíaca derecha irradiado a la fosa lumbar del mismo lado, de 2 días de evolución. Veinticuatro horas antes había acudido a otro hospital con la misma sintomatología, siendo diagnosticada de cólico nefrítico y gestación.

En la exploración se observa ligera palidez de piel y mucosas, con constantes dentro de los límites de la normalidad y dolor a la palpación profunda en el abdomen, con Blumberg dudoso en la fosa ilíaca derecha.

Se realiza ecografía vaginal en la que se visualiza gestación intrauterina con embrión que corresponde a 7 más 5 semanas y latido cardíaco positivo. En la región tubárica derecha se observa otra vesícula gestacional con embrión en su interior y CRL que corresponde a 7 semanas con latido cardíaco positivo (fig. 1).

Con diagnóstico de gestación heterotópica en la trompa derecha se procede a la práctica de laparoscopia diagnóstica, objetivándose gestación tubárica de-

recha rota con afección de la arteria tubárica y hemoperitoneo de unos 1.500 ml. Se procede a la práctica de salpingectomía derecha vía laparoscópica con lavado y aspiración del hemoperitoneo. Tras transfundir 4 unidades de concentrado de hematíes y realizar ecografía de control, donde se evidencia un embrión intrauterino con latido cardíaco positivo, la paciente es dada de alta a las 48 h del ingreso. Tres meses después la gestación sigue su curso normal.

### DISCUSIÓN

El embarazo ectópico se define como la implantación del blastocito en cualquier lugar distinto de la cavidad endometrial (del griego «fuera de lugar»)<sup>1</sup>. El embarazo heterotópico se define como la combinación de una gestación intrauterina y otra extrauterina (del griego «otro lugar»).

La incidencia de embarazo ectópico ha aumentado en los últimos años hasta 1:43 recién nacidos<sup>1,2</sup>.

La incidencia de embarazo heterotópico es escasa, oscilando desde 1:4.000 hasta 1:30.000-40.000 recién nacidos según la bibliografía<sup>1,5</sup>.

Esta incidencia aumenta en un 2% en embarazos conseguidos con técnicas de fecundación *in vitro*<sup>2,3,6,7</sup> y en casos de utilización de agentes inductores de la ovulación. También aumenta la incidencia en mujeres con historia de enfermedad inflamatoria pélvica y embarazos ectópicos previos<sup>2,4</sup>.

La localización del embarazo extrauterino en los embarazos heterotópicos no se diferencia de lo publicado acerca de los embarazos ectópicos.

En la práctica habitual de los servicios de urgencias de nuestra especialidad resulta difícil el diagnóstico temprano de estos casos. Cuando ante cualquier tipo de clínica de dolor abdominal se realiza una ecografía en la que se aprecia con claridad la existencia de una gestación intrauterina, es poco probable que el explorador piense en la posibilidad de embarazo

Aceptado para su publicación el 22 de julio de 2002.



Fig. 1. Imagen ecográfica de embarazo heterotópico.

heterotópico<sup>2,3,5</sup>.

En la mayoría de los casos referidos en la bibliografía el diagnóstico de gestación heterotópica se hace *a posteriori*, cuando ante la existencia de un dolor abdominal agudo o de un hemoperitoneo se procede a la realización de una laparoscopia diagnóstica o laparotomía, momento en el que se diagnostica la coexistencia de las dos gestaciones<sup>4,8</sup>.

La peculiaridad de este caso, además de ser un embarazo heterotópico espontáneo, radica en que los dos embriones presentaban latido cardíaco positivo, lo cual, junto con la existencia de hemoperitoneo, facilitó en gran medida el diagnóstico prequirúrgico de gestación heterotópica.

El tratamiento de estos casos es siempre quirúrgico, estando contraindicado todo tipo de tratamiento farmacológico tanto local como sistémico, dados sus potenciales efectos nocivos para la gestación intrauterina<sup>7,9</sup>.

La cirugía sobre la trompa debe ser radical. La práctica de una salpingectomía con aspiración del embrión está contraindicada por la imposibilidad de seguimiento del caso con determinaciones seriadas de  $\beta$ -HCG, ya que éstas se hallarían superpuestas con las concentraciones de esta hormona producidas por la

gestación intrauterina<sup>2,9</sup>.

Los resultados obtenidos mediante esta práctica son excelentes, consiguiéndose en un alto porcentaje de casos la evolución y desarrollo normal de la gestación intrauterina.

## RESUMEN

Los embarazos heterotópicos son inusuales y su incidencia aumenta cuando se utilizan agentes inductores de la ovulación. El diagnóstico temprano de los mismos es difícil y en la mayoría de los casos se llega a producir un hemoperitoneo. Ante situaciones de dolor abdominal y gestación intrauterina se debe pensar en esta posibilidad. El embarazo ectópico será tratado quirúrgicamente dejando progresar el intrauterino. Los resultados son excelentes, consiguiéndose en un alto porcentaje de casos la evolución normal de la gestación intrauterina.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lambrou NC, Morse AN, Wallach EE. The Johns Hopkins manual of gynecology and obstetrics. Philadelphia: Lippincott & Wilkins, 2001;p.164.
2. Jibodu OA, Darne FJ. Spontaneous heterotopic pregnancy presenting with tubal rupture. Human Reproduction 1997;12:1098-9.
3. Mistry MM, Balasubramaniam S, Silverman MR, Sakabu SA. Heterotopic pregnancy presenting as an acute abdomen: a diagnostic masquerader. Am Surg 2000;66:307-8.
4. Boutiette LA, Anderson GV Jr. Heterotopic pregnancy. J Emerg Med 1989;7:33-5.
5. Jerrard D, Tso E, Salik R, Barish RA. University of Maryland Medical Center. Unsuspected heterotopic pregnancy in a woman without risk factors. Am J Emerg Med 1992;10:58-60.
6. Sucov A, Deveau L, Feola P, Sculli L. Heterotopic pregnancy after *in vitro* fertilization. Am J Emerg Med 1995;13:641-3.
7. Schellpfeffer MA. A spontaneous combined (heterotopic) pregnancy: a case report. Wis Med J 1992;91:482-4.
8. Pompa P, Lotti R, Palladoro V, Lotti O. Simultaneous intrauterine and tubal pregnancy. A clinical case. Minerva Ginecol 1997;49:565-6.
9. Giacomello F, Larcipetre 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.