

PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Gestación heterotópica espontánea. Diagnóstico ecográfico precoz y asintomático

José Bou Serra*, Valentín Morán López y César Victoria Gomis

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Sagunto, Valencia, España

Recibido el 3 de octubre de 2009; aceptado el 28 de enero de 2011

Accesible en línea el 13 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE

Embarazo heterotópico;
Asintomático;
Diagnóstico ecográfico;
Laparoscopia

KEYWORDS

Heterotopic pregnancy;
Asymptomatic;
Transvaginal ultrasound
diagnosis;
Laparoscopic treatment

Resumen El embarazo heterotópico es una situación potencialmente fatal, que es raro que ocurra en una concepción natural, y más raramente todavía se diagnostica en ausencia de síntomas. Además, probablemente debido al bajo índice de sospecha de embarazo heterotópico en las gestaciones no estimuladas, el porcentaje de complicaciones clínicas graves (hemoperitoneo, rotura tubárica, abdomen agudo) es superior en este grupo de pacientes.

En nuestro caso se trata de una paciente nulípara de 33 años de edad, con gestación espontánea, que acudió a las 6 semanas y 3 días de amenorrea para su primer control rutinario, en ausencia de síntomas. El estudio ecográfico evidenció una imagen gestacional intraútero y otra junto a ovario derecho. Se realizó una laparoscopia con salpingectomía, incluyendo el embarazo ectópico. A las 38 semanas de gestación dio a luz un recién nacido sano sin complicaciones.

Es posible el diagnóstico de un embarazo heterotópico tras concepción natural, incluso en ausencia de síntomas. Es importante realizar una visualización sistemática de los anexos en la primera ecografía, que además de descartar la presencia de enfermedad ovárica, puede diagnosticar la presencia de un embarazo heterotópico, incluso en ausencia de síntomas y complicaciones.

© 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Spontaneous heterotopic pregnancy. Early and asymptomatic transvaginal ultrasound diagnosis

Abstract Heterotopic pregnancy is a potentially fatal situation that rarely occurs in a natural conception. Diagnosis in the absence of symptoms is even more exceptional. Furthermore, due to the low index of suspicion of heterotopic pregnancy in natural conceptions, the incidence of serious clinical complications (hemoperitoneum, tubal rupture, acute abdomen) is greater in this group of patients.

We report the case of a 33-year-old primigravida with a spontaneous pregnancy who attended her first prenatal visit at 6 weeks and 3 days of amenorrhea. The patient was asymptomatic. Vaginal ultrasound scan showed two gestational sacs, an intrauterine sac and an extrauterine sac

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josebou@comv.es (J. Bou Serra).

next to the right ovary. A laparoscopic right salpingectomy was performed to remove the ectopic pregnancy. A healthy neonate was delivered at 38 weeks' gestation without complications.

Heterotopic pregnancy can be diagnosed after spontaneous conception, even in asymptomatic patients. It is important to carry out routine examination of the adnexae in the first ultrasound scan to exclude ovarian disease and diagnose (or exclude) the presence of asymptomatic heterotopic pregnancy.

© 2009 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Descripción del caso

Paciente de 33 años de edad que cursa su primera gestación con amenorrea de 6 semanas y 3 días. Como antecedentes familiares consta un embarazo gemelar bicigótico en abuela materna. Antecedentes personales sin interés. Acude a realizarse el primer control del embarazo encontrándose asintomática. Al practicar la ecografía se observa el útero en retroflexión, con mioma intramural en cara posterior de 20 mm, un saco intraútero de 13 mm, acorde a la edad gestacional, con vesícula vitelina y botón embrionario de 1,5 mm sin presencia todavía de latido cardíaco (fig. 1). Junto al ovario derecho se observa una imagen que llama la atención, redondeada, de 17 mm, ecorrefringente, con zona anecoica ovoidea en su interior de 5 mm y, dentro de la misma, pequeño anillo que se asemeja a una vesícula vitelina, pero de menor tamaño que la observada intraútero (figs. 2 y 3). No se observa líquido libre abdominal. Ante la sospecha de posible gestación heterotópica y estando la paciente libre de síntomas, salvo los habituales al comienzo de la gestación, se decide repetir la ecografía en una semana para confirmar o descartar la posibilidad del embarazo heterotópico. Acude 7 días más tarde para repetir la ecografía permaneciendo asintomática, sin dolor abdominal. En esta nueva exploración se observa un embrión intraútero de 6,9 mm con latido cardíaco. Junto al ovario derecho se hace

evidente la existencia de una gestación ectópica, describiendo una imagen ovoidea de 21 mm, en cuyo interior se observa un saco gestacional de 15 mm, vesícula vitelina, y embrión de 3,5 mm con latido cardíaco positivo (fig. 4). Al aplicar el mapa Doppler color se observan vasos de pequeño calibre alrededor del halo hiperrefringente.

Con el diagnóstico de embarazo heterotópico tras ciclo ovárico espontáneo, y con la paciente asintomática, se decide tratamiento quirúrgico con laparoscopia. Con este fin se traslada al hospital de referencia donde se realiza la intervención. En la misma se observa la trompa derecha dilatada, con presencia de gestación ectópica en su interior, practicando salpingectomía unilateral mediante coagulación bipolar y corte.

El embarazo intrauterino transcurre sin problemas hasta el parto, en la semana 39, naciendo un varón de 3.200 g, Apgar 9/10.

Comentario

El diagnóstico de embarazo heterotópico (coexistencia de embarazo intrauterino y ectópico) es poco frecuente. Aparece en una de cada 30.000 gestaciones naturales y en el 1% de las conseguidas por FIV¹. La mayoría de casos son diagnosticados cuando la paciente acude por dolor abdominal.

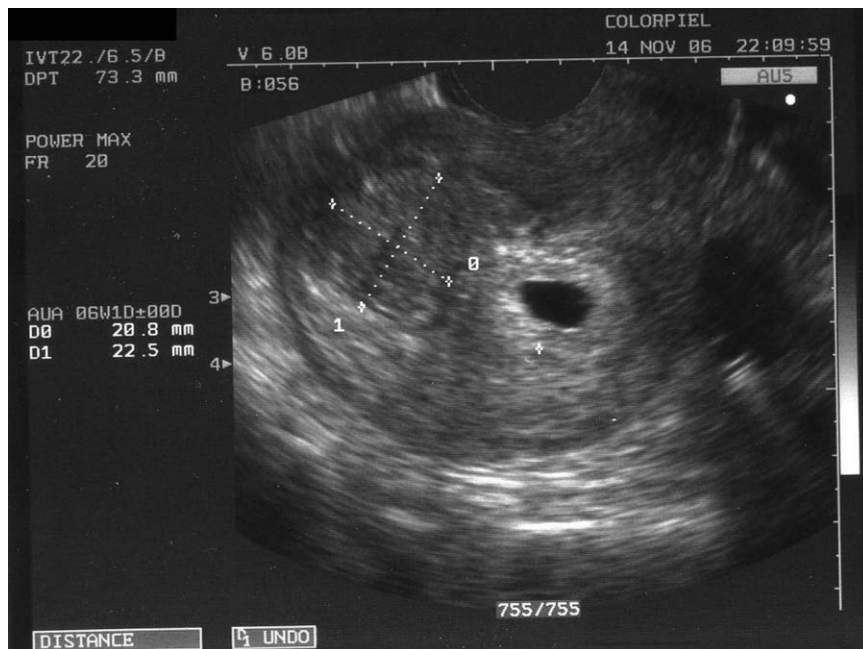


Figura 1 Saco intraútero (amenorrea de 6 semanas y 3 días). Mioma intramural de 20 mm.

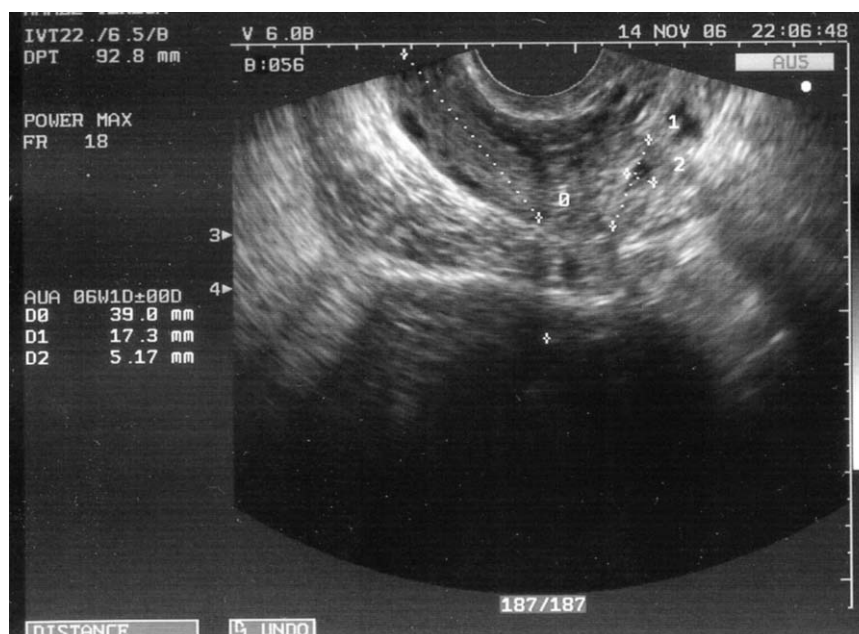


Figura 2 Gestación tubárica junto a ovario derecho (amenorrea de 6 semanas y 3 días).

Pero más raro todavía es diagnosticarlo cuando la paciente se encuentra asintomática. No hemos encontrado en la literatura médica ningún caso publicado de heterotópico tras ciclo ovulatorio natural que haya sido diagnosticado antes de presentar síntomas. Cuando se observa una gestación intrauterina espontánea, no se piensa en la posibilidad de un heterotópico, por lo que el diagnóstico se suele retrasar. De hecho, debido al bajo índice de sospecha de embarazo heterotópico en las gestaciones no estimuladas, el porcentaje de complicaciones clínicas graves (hemoperitoneo, rotura tubárica, abdomen agudo) es significativamente superior

respecto a las gestaciones conseguidas mediante estimulación ovárica o técnicas de reproducción asistida².

El tratamiento idóneo, tras el diagnóstico de un embarazo heterotópico, es la salpingectomía mediante laparoscopia². La seguridad de la laparoscopia durante la gestación está bien documentada³. No obstante, con frecuencia se practica una laparotomía debido al retraso en el diagnóstico⁴. Existen casos publicados de tratamiento conservador con instilación transvaginal de solución hiperosmolar en caso de heterotópico con trompa no rota, sin complicaciones para la gestación intrauterina⁵.



Figura 3 Detalle de la figura 2 (amenorrea de 6 semanas y 3 días). Imagen sospechosa de embarazo tubárico con vesícula vitelina en su interior (flecha).

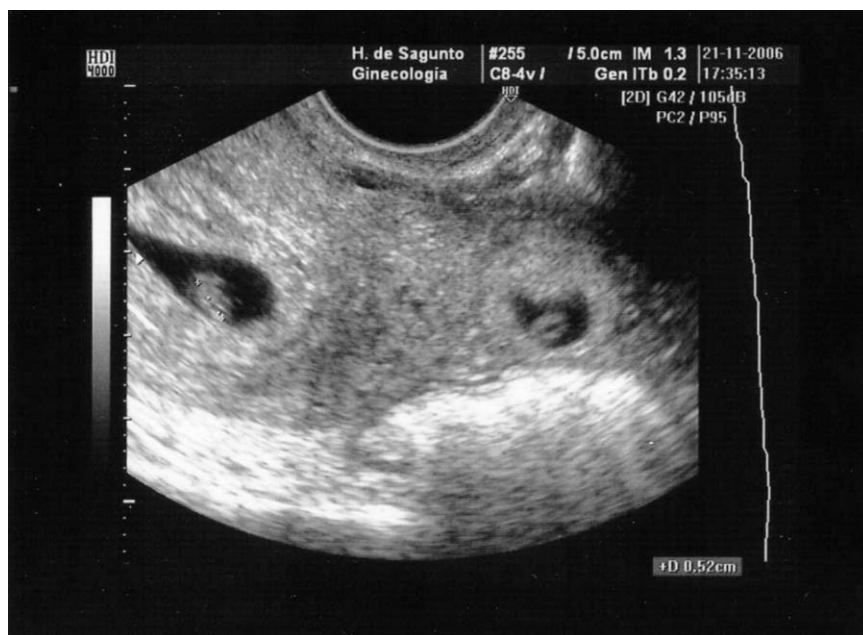


Figura 4 Amenorrea de 7 semanas y 3 días. Gestación intrauterina (izquierda de la imagen) con embrión de 5,2 mm y gestación tubárica (derecha de la imagen).

El pronóstico de la gestación intrauterina depende del diagnóstico precoz del componente ectópico. En caso de shock hipovolémico por rotura tubárica la viabilidad del embrión intrauterino disminuye de forma dramática².

Este caso nos lleva a enfatizar sobre la conveniencia de un estudio sistemático mediante la ecografía en las primeras etapas de la gestación. Una recomendación habitual es observar los anexos para descartar la existencia de tumoraciones o quistes ováricos. En este caso, la observación sistemática de los anexos durante la primera visita de la paciente nos condujo al hallazgo del embarazo tubárico, en una fase en la que todavía no se habían producido síntomas. Las ventajas del diagnóstico precoz del embarazo heterotópico son obvias ya que disminuye la morbilidad y mortalidad materna y fetal. En nuestro caso se evitó que la paciente sufriera los síntomas propios del embarazo ectópico, como por ejemplo el dolor abdominal, y además se impidió la posible hemorragia abdominal. En cuanto a la progresión de la gestación intrauterina, nos permitió mejorar el pronóstico, llegando al término sin incidencias.

Otra ventaja que supone el diagnóstico en una fase no complicada del componente ectópico, es que se puede llevar a cabo el tratamiento más idóneo y en las mejores condiciones. En este caso, se pudo trasladar a un hospital de refe-

rencia con disponibilidad de laparoscopia en el servicio de urgencias, donde se realizó la salpingectomía tras cumplir las pertinentes horas de ayuno.

Bibliografía

1. Tal J, Hadad S, Gordon N, Timor-Tritsch I. Heterotopic pregnancy after ovulation induction and assisted reproductive technologies: a literature review from 1971 to 1993. *Fertil Steril*. 1996;66:1–12.
2. Barrenetxea G, Barinaga-Rementería L, López de Larrea A, Agirregoikoa JA, Mandiola M, Carbonero K. Heterotopic pregnancy: two cases and a comparative review. *Fertil Steril*. 2007;87:417–9.
3. 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.
4. Montilla F, Amar P, Boyer S, Karoubi R, Diquelou JY. Heterotopic pregnancy: a case report with a rare symptomatology. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2007;36:302–5.
5. Ocal P, Erkan S, Cepni I, Idil MH. Transvaginal ultrasound-guided aspiration and instillation of hyperosmolar glucose for treatment of unruptured tubal heterotopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2007;276:281–3.