



## PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



### CASO CLÍNICO

## Gestación heterotópica accidentalada



Gemma Escribano Montesdeoca\*, Tamara García Grandal,  
Irene Mora Hervas y Pere Brescó i Torras

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Igualada, Igualada, Barcelona, España

Recibido el 3 de febrero de 2015; aceptado el 26 de marzo de 2015

Disponible en Internet el 14 de mayo de 2015

#### PALABRAS CLAVE

Gestación heterotópica espontánea;  
Hemoperitoneo;  
Dolor abdominal

#### KEYWORDS

Spontaneous heterotopic pregnancy;  
Hemoperitoneum;  
Abdominal pain

**Resumen** La gestación heterotópica es una circunstancia rara y de difícil diagnóstico, puesto que en ciclos de concepción natural su incidencia es muy baja. Por ello es importante descartar su diagnóstico en aquellas pacientes con una gestación intrauterina y dolor abdominal y hemoperitoneo. Presentamos el caso clínico de una primigesta de 35 años, sin antecedentes, con gestación actual espontánea, que consultó por metrorragia. Tras la sospecha de gestación heterotópica, se realizaron una salpingectomía laparoscópica y un legrado evacuador del aborto en curso. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

© 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

#### Ruptured heterotopic pregnancy

**Abstract** Heterotopic pregnancy is a rare event. Because the incidence is very low in natural conception cycles, this entity is difficult to diagnose. Therefore, it is important to rule out this diagnosis in patients with an intrauterine pregnancy, abdominal pain and hemoperitoneum. We report the case of a 35-year-old woman with no relevant medical history and a spontaneous pregnancy, who presented with metrorrhagia. Due to suspicion of a heterotopic pregnancy, laparoscopic salpingectomy and curettage of the abortion in progress were performed. The diagnosis was confirmed by pathological analysis.

© 2015 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

### Introducción

La gestación heterotópica se define como la coexistencia de una gestación intrauterina y una extrauterina. Aunque se ha producido un aumento de su incidencia en las gestaciones conseguidas mediante técnicas de reproducción asistida (1%), en las gestaciones espontáneas continua siendo una

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [gescribano@csa.cat](mailto:gescribano@csa.cat)

(G. Escribano Montesdeoca).

entidad extremadamente rara, presentándose en 1 de cada 30.000 gestaciones<sup>1</sup>.

Su diagnóstico es difícil y requiere un alto índice de sospecha. Por esta razón, ante una gestación intrauterina, es obligado realizar una evaluación ecográfica exhaustiva para descartar la posibilidad de una gestación ectópica simultánea, responsable del 80-90% de las muertes maternas en el primer trimestre<sup>2</sup>.

A continuación, presentamos el caso de un embarazo heterotópico en una gestación espontánea.

### Caso clínico

Paciente de 35 años primigesta, sin antecedentes médicos, ni quirúrgicos de interés, que acude a urgencias de nuestro centro por metrorragia a las 10 semanas de amenorrea. En la exploración física la paciente presenta metrorragia activa en cantidad moderada, cérvix permeabilizable, útero globuloso y no se presentan signos de irritación peritoneal. Ecográficamente se visualiza un saco gestacional íntegro, con un embrión correspondiente a 6,4 semanas sin latido cardíaco. Con el diagnóstico de aborto en curso, ante la estabilidad clínica de la paciente y la presencia de una metrorragia activa, se consensúa con la paciente conducta expectante, por la alta posibilidad de expulsión espontánea y se programa un control clínico-ecográfico en 10 días para confirmar la evacuación completa. En dicho control la paciente refiere un aumento autolimitado de la cantidad del sangrado a los 2 días de la visita a urgencias, continuando con una metrorragia escasa desde entonces y la aparición un día antes del control de un dolor abdominal importante que responde parcialmente a analgesia por vía oral. Al realizar la ecografía se visualiza una imagen correspondiente a los restos de un saco gestacional intrauterino desestructurado a nivel de fundus. A nivel del anejo derecho se visualiza una formación redondeada de 22 × 24 mm, con un área central de ecogenicidad mixta rodeada por un anillo hiperecogénico con abundante mapa color (figs. 1 y 2). Existe moderada cantidad de líquido libre en el fondo de saco de Douglas. La paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con parámetros analíticos dentro de la normalidad y beta-HCG de 8.254 UI.

Ante la sospecha de gestación heterotópica tras ciclo ovárico espontáneo, se decide tratamiento quirúrgico. Se realizó una salpingectomía derecha por vía laparoscópica



Figura 1 Imagen paraovárica derecha de ecogenicidad mixta.



Figura 2 Imagen paraovárica derecha de 22,7 × 24,7 mm.

(figs. 3 y 4), evacuación de hemoperitoneo (fig. 5) y legrado obstétrico evacuador, enviándose material a anatomía patológica, que confirmó posteriormente la sospecha diagnóstica con la presencia de vellosidades coriales en la trompa y de decidua y vellosidades coriales inmaduras en el material obtenido mediante legrado.

La evolución de la paciente fue satisfactoria y fue dada de alta a domicilio en las 24 h posteriores a la intervención.



Figura 3 Imagen laparoscópica: gestación ectópica en trompa derecha.



Figura 4 Imagen laparoscópica: salpingectomía derecha.



**Figura 5** Imagen laparoscópica: evacuación de hemoperitoneo.

## Discusión

La gestación heterotópica es un diagnóstico poco frecuente. Se presenta en una de cada 30.000 gestaciones naturales, incrementándose la frecuencia a 1 de cada 100-500 en las gestaciones conseguidas con técnicas de reproducción asistida<sup>1</sup>.

La etiología de este tipo de gestaciones no está clara, pero se considera multifactorial y se han descrito factores de riesgo como la endometriosis, las adherencias perianexiales, las alteraciones tubáricas (secundarias a enfermedad inflamatoria pélvica o a cirugía<sup>2</sup>), la gestación ectópica previa, la edad materna avanzada, el tabaco, la anticoncepción hormonal y las técnicas de reproducción asistida, como ya se ha mencionado<sup>3</sup>. Talbot et al.<sup>4</sup> describen que en un 71% de las pacientes con diagnóstico de gestación heterotópica está presente uno de los factores de riesgo mencionados. En un 29% de los casos dicho factor de riesgo no es identificable, tal y como sucede en el caso que presentamos.

Clínicamente, la mayoría de las pacientes presentan síntomas inespecíficos, como dolor pélvico (presente en un 82,7-90%) y sangrado vaginal, siendo muy raro el diagnóstico en pacientes totalmente asintomáticas. La asociación de una ecografía y la determinación de la beta-HCG en sangre incrementan la baja sensibilidad diagnóstica que proporciona la inespecificidad de la sintomatología<sup>3</sup>.

La sensibilidad de la ecografía, considerada prueba *gold standard*, se encuentra alrededor del 56% a las 5-6 semanas de gestación<sup>5</sup>. La ecografía puede alejarnos del diagnóstico al visualizar una gestación intrauterina si no tenemos en mente la posibilidad de una gestación ectópica asociada. Además, en caso de que hagamos una exploración exhaustiva en busca de una gestación ectópica asociada, esta se puede confundir con un cuerpo lúteo hemorrágico o un síndrome de hiperestimulación ovárica<sup>6,7</sup>.

En relación con el valor diagnóstico que aporta la determinación de beta-HCG, esta refuerza el diagnóstico de gestación heterotópica cuando nos encontramos con una discrepancia significativa entre los niveles de beta-HCG y la correspondiente gestación intrauterina. Así, después de un ciclo de fecundación in vitro en el que se han transferido más de un embrión, se ha de tener la sospecha cuando nos encontramos con una elevación inapropiada de la beta-HCG (> 300 UI/ml) a los 15 días postransferencia<sup>8</sup>.

Por su baja frecuencia, por la inespecificidad de la sintomatología y por la baja sensibilidad aportada por la ecografía y la beta-HCG, la mayoría de los diagnósticos se realizan tardíamente, tal y como ocurrió en el caso que presentamos. La paciente en el momento del diagnóstico de aborto en curso no presentaba síntomas ni signos que nos hiciesen sospechar una gestación ectópica adicional. Es al realizar un control cuando la paciente refiere un dolor intenso de 24 h de evolución, la ecografía evidencia la presencia de una gestación ectópica accidentada y los niveles de beta-HCG son anormalmente elevados para una gestación no evolutiva.

El diagnóstico diferencial se debe de realizar con síndromes de hiperestimulación ovárica, cuerpo lúteo hemorrágico o accidentado, cólico ureteral y apendicitis aguda.

El tratamiento de la gestación heterotópica puede ser médico o quirúrgico, siendo el quirúrgico el indicado en el 90% de los casos revisados de la literatura<sup>3</sup>.

La vía quirúrgica será preferiblemente la laparoscópica, reservando la laparotomía para aquellos casos donde haya una importante inestabilidad hemodinámica. La técnica utilizada será la salpingectomía en la mayoría de casos y solo se valorará la salpingostomía en casos donde el ectópico no se haya complicado, sea menor de 2 cm y esté localizado en la zona tubárica distal<sup>9</sup>.

El tratamiento médico con metotrexato parenteral solo es posible en casos muy seleccionados, donde la gestación extrauterina no esté accidentada y la intrauterina no sea viable<sup>10</sup>. Otras alternativas de tratamiento médico, en caso de gestación intrauterina evolutiva, son la inyección local intrasacular de metotrexato y/o cloruro potásico. A pesar de que estos tratamientos médicos despiertan controversias en términos de toxicidad fetal y fallo terapéutico, estudios recientes demuestran que las mujeres tratadas con bajas dosis de metotrexato intrasacular tienen hijos sanos y sin malformaciones<sup>7,11</sup>.

En el caso de nuestra paciente, la gestación ectópica se encontraba accidentada, razón por la cual se realizó una salpingectomía laparoscópica sin incidencias, junto a una aspiración del hemoperitoneo.

Con respecto al pronóstico de la gestación intrauterina, la tasa de gestación evolutiva después del tratamiento quirúrgico se encuentra alrededor del 64,4%<sup>3</sup> y se asocia a un corto periodo de anestesia, manipulación mínima próxima al cuerpo uterino y una suplementación de progesterona. En nuestro caso, la gestación intrauterina era no evolutiva previamente a la cirugía.

En conclusión, son evidentes las ventajas de un diagnóstico precoz en caso de gestación heterotópica, dada la disminución de la morbimortalidad, tanto materna como fetal. Para ello es crucial la sospecha clínica y la consecuente exploración ecográfica exhaustiva de los anejos en las primeras etapas de la gestación y descartar posibles patologías subyacentes.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Michal M, Marian M, Marek M, Ewa WO. Heterotopic pregnancy in the absence of risk factors—diagnostics difficulties. *Ginekol Pol.* 2011;82:866–8.
2. Cabero y Roura L, Sánchez MA. *Protocolos de Medicina Materno-fetal (perinatología)*. 3.ª ed. Madrid: Ergon; 2008: 161–2.
3. Fouedijo JH, Fouelifack FY, Fouogue JT, Sando Z. Ruptured heterotopic pregnancy in a natural conception cycle: A case report at the Yaounde central Hospital (Cameroon). *PanAfrican Medical Journal.* 2013;16:106.
4. Talbot K, Simpson R, Price N, Jackson SR. Heterotopic pregnancy. *J Obstet Gynecol.* 2011;31:7–12.
5. Hassani KIM, Bouazzaoui AE, Khatouf M, Mazaz K. Heterotopic pregnancy: A diagnosis we should suspect more often. *J Emerg Trauma Shock.* 2010;3:304.
6. Sohail S. Hemorrhagic corpus luteum mimicking heterotopic pregnancy. *J CollPhysSurg Pak.* 2005;15:180–1.
7. Pan HS, Chuang J, Chiu SF. Heterotopic triplet pregnancy: Report of a case with bilateral tubal pregnancy and an intrauterine pregnancy. *Hum Reprod.* 2002;17:1363–6.
8. Shavit T, Paz-Shalom E, Lachman E, Fainaru O, Ellenbogen A. Unusual case of recurrent heterotopic pregnancy after bilateral salpingectomy and literature review. *Rbmojournal.* 2013;26:59–66.
9. Aranda M, Abr N, Raga F, Fuster D, Forgiarini A, Bonilla-Musoles F. Gestación heterotópica en un embarazo espontáneo. *Prog Obstet Ginecol.* 2011;54:524–7.
10. Fernandez H, Lelaidier C, Doumerc S, Fournet P, Olivennes F, Frydman R. Nonsurgical treatment of heterotopic pregnancy: A report of six cases. *Fertil Steril.* 1993;60:428–32.
11. Sijanovic S, Vidosavljevic D, Sijanovic I. Methotrexate in local treatment of cervical heterotopic pregnancy with successful perinatal outcome: Case report. *J Obstet Gynaecol Res.* 2011;37:1241–5.